

**A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE.
UM MODELO MULTIDIMENSIONAL E
MULTIDETERMINADO DA FUNCIONALIDADE EM
IDOSOS ASSISTIDOS NA REDE NACIONAL DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA REGIÃO
DO ALGARVE**

ANA PAULA DE ALMEIDA FONTES
Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida
na Especialidade em Saúde Pública
na Faculdade de Ciências Médicas

Novembro, 2014

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS



FACULDADE DE
CIÊNCIAS
MÉDICAS

UNIVERSIDADE
NOVA DE LISBOA



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

**A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE.**

**UM MODELO MULTIDIMENSIONAL E
MULTIDETERMINADO DA FUNCIONALIDADE EM
IDOSOS ASSISTIDOS NA REDE NACIONAL DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA REGIÃO
DO ALGARVE**

Ana Paula de Almeida Fontes

**Orientador: Doutora Ana Alexandre Fernandes, Professora Catedrática
Co-orientador: Doutora Maria Amália Botelho, Professora Auxiliar**

**Tese para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Vida na Especialidade em
Saúde Pública**

Novembro, 2014

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS



FACULDADE DE
CIÊNCIAS
MÉDICAS

UNIVERSIDADE
NOVA DE LISBOA



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

**A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE.**

**UM MODELO MULTIDIMENSIONAL E
MULTIDETERMINADO DA FUNCIONALIDADE EM
IDOSOS ASSISTIDOS NA REDE NACIONAL DE
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA REGIÃO
DO ALGARVE**

Ana Paula de Almeida Fontes

Novembro, 2014

Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências da Vida na especialidade de Saúde Pública pela Universidade Nova de Lisboa através da Faculdade de Ciências Médicas.

Investigação apoiada pela **Fundação para a Ciência e Tecnologia** através da concessão da bolsa de doutoramento **nº SFRH/BD/60762/2009**

Dedicatória:

À memória do meu pai e do meu irmão.

À presença da minha mãe e do meu filho.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
ÍNDICE DE TABELAS.....	xi
UMAS PALAVRAS DE AGRADECIMENTO	xvi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xviii
RESUMO	xx
SUMMARY	xxi
RÉSUMÉE	xxii
INTRODUÇÃO	1
Parte I – Componente Teórica.....	8
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
1. Aspetos Demográficos e de Saúde Pública do Envelhecimento	8
a) Demografia do Envelhecimento no Mundo, na Europa e em Portugal	8
b) Envelhecimento e Saúde Pública	22
2. Uma Classificação Internacional de Funcionalidade: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	26
a) O Modelo Conceptual da ICF	27
b) A Estrutura e os Códigos da Classificação.....	29
c) Os Qualificadores da Classificação	33
d) Os Core Sets da ICF.....	38
e) Aplicabilidade Clínica da ICF e dos Core Sets.....	47
f) Aplicabilidade da ICF na Saúde Pública	50
g) Aplicabilidade Político-social da ICF	53
3. A Problemática da Funcionalidade e da Incapacidade no Envelhecimento e na Saúde Pública	55
a) Aspetos Conceptuais da Funcionalidade e da Incapacidade	55
b) Incapacidade e Morbilidade num Quadro de Crescimento da Esperança de Vida.....	70
c) Funcionalidade e Envelhecimento no Contexto da Saúde Pública	75
Parte II – Componente Empírica.....	78
CAPÍTULO I - MATERIAIS E MÉTODOS.....	78
1. Tipo de Estudo.....	78
2. Objetivos e Hipóteses do Estudo	78
3. Meio do Estudo	79
4. População e Amostra.....	83

5. Metodologia de Recolha de Dados	84
a) Questionário Sociodemográfico.....	85
b) Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB).....	85
c) Core Set Geriátrico da ICF	94
6. Desenho da Investigação	97
a) Operacionalização do Estudo.....	97
b) Processo de Ligação MAB/ICF e CSG/MAB.....	98
c) Quantificação dos Qualificadores das Categorias do CSG	101
d) Métodos de Análise Estatística	112
7. Limitações	114
CAPÍTULO II - RESULTADOS	117
1. Processo de Ligação entre os Instrumentos do Estudo.....	117
a) Processo de Ligação MAB/ICF	117
b) Processo de ligação CSG/MAB.....	121
2. Caracterização da Amostra.....	125
a) Fatores Pessoais	126
b) Condição de Saúde	139
c) Fatores Ambientais.....	140
d) Funções do Corpo	144
e) Atividades/Participação.....	146
3. Evolução da Funcionalidade Face à Morbilidade e à Pré-Morbilidade	162
a) Evolução da Funcionalidade Face à Morbilidade.....	162
b) Evolução da Funcionalidade Face à Pré-Morbilidade	202
d) Regressão Logística Multivariável	219
4. Validação do Core Set Geriátrico	225
5. Core Set Geriátrico Abreviado	237
CAPÍTULO III – DISCUSSÃO	240
1. Discussão dos Materiais e Métodos.....	240
2. Discussão dos Resultados dos Processo de ligação MAB/ICF e CSG/MAB	245
a) MAB/ICF	245
b) CSG/MAB	246
3. Discussão da Caracterização da Amostra	248
a) Fatores Pessoais	249
b) Fatores Ambientais	259

c) Funções do Corpo	264
d) Atividades/Participação.....	266
4. Discussão sobre a Evolução da Funcionalidade Face à Morbilidade e à Pré-Morbilidade.....	273
a) Evolução da Funcionalidade Face à Morbilidade.....	273
b) Evolução da Funcionalidade Face à Pré-Morbilidade	289
5. Discussão da Validação do Core Set Geriátrico.....	338
6. Discussão da Proposta do Core Set Geriátrico Abreviado	344
CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	349
BIBLIOGRAFIA.....	360

2ºVolume

Anexo 1 – Artigo “*Funcionalidade e incapacidade: aspetos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*”

Anexo 2 – Artigo “*Incontinência Urinária e Funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa*”

Anexo 3 – Artigo “*Quem são aqueles que caem? Fatores associados às fraturas do fémur nos idosos*”

Anexo 4 – Artigo “*A funcionalidade dos mais idosos (≥75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo*”

Anexo 5 – Instrumento de Recolha dos Dados

Anexo 6 – Core Set Geriátrico com Definições, Inclusões e Exclusões

Anexo 7 – Pedido de Autorização do Estudo à Administração Regional de Saúde do Algarve

Anexo 8 – Autorização do Estudo pela Administração Regional de Saúde do Algarve

Anexo 9 – Pedido de Autorização do Estudo às Instituições Participantes

Anexo 10 – Consentimento Informado

Anexo 11 – Artigo *“Content Comparison of a Biopsychosocial Evaluation Method and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ”*

Anexo 12 – Tabelas dos Resultados

Anexo 13 – Artigo *“Validação do Core Set Geriátrico da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): um estudo exploratório na população Portuguesa”*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Pirâmides Etárias da População Mundial (United Nations, 2011)	8
Figura 2- Pirâmides Etárias dos Países Desenvolvidos <i>versus</i> em Desenvolvimento (Population Reference Bureau, 2010).....	9
Figura 3- Índice de Dependência dos Idosos 1960-2060 no Mundo, na UE-27 e em alguns Países (Eurostat, 2012)	11
Figura 4- Pirâmide Etária da UE-27, em 1991 e 2011 (Eurostat, 2012)	12
Figura 5- Pirâmide Etária da UE-27, em 2011 e 2060 (Eurostat, 2012)	13
Figura 6- Projeção da Pirâmide Etária de Portugal para 2060 (INE, 2009).....	18
Figura 7- Projeções do Total da População de Portugal até 2100 (United Nations, 2011)	18
Figura 8- Projeções da Taxa de Fertilidade para Portugal e Europa até 2100 (United Nations, 2011)	19
Figura 9- Evolução da Esperança Média de Vida à Nascimento em Portugal, Sul da Europa e Europa, até 2100 (United Nations, 2011)	20
Figura 10- Evolução do Índice de Dependência dos Idosos em Portugal 1950-2100 (United Nations, 2011)	21
Figura 11- Projeção das causas de morte (2004, 2015, 2030) (Beaglehole & Bonita, 2008)	25
Figura 12- Modelo Conceptual da ICF (WHO, 2001)	29
Figura 13- Estrutura da ICF (WHO, 2001)	32
Figura 14- Categorias por níveis da ICF (WHO, 2001)	32
Figura 15- Processo de desenvolvimento dos Core Sets (adaptado do <i>ICF Research Branch</i>)....	40
Figura 16- O Rehab-Cycle (adaptado de Steiner et al, 2002)	48
Figura 17- Aplicação do Rehab-Cycle (adaptado de Steiner et al, 2002)	49
Figura 18- Os Esquemas Conceptuais da Funcionalidade/incapacidade segundo Nagi e a OMS	58
Figura 19- Tipologias de resposta dadas pela RNCCI (UMCCI, 2009).....	80
Figura 20- Modelo do perfil biopsicossocial do MAB	86
Figura 21- Exemplo de um perfil biopsicossocial do MAB	87
Figura 22- Box Plots da evolução dos domínios da Funções do Corpo	217
Figura 23- Box Plots da evolução dos domínios das Atividades/Participação.....	218

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Populações mais Envelhecidas em 2011 e 2050 (United Nations, 2011)	16
Tabela 2- Principais Variáveis Demográficas do Europop2010 para Portugal (European Commission, 2011)	17
Tabela 3- Evolução da Esperança de Vida à Nascimento em Portugal 1970-2010	20
Tabela 4- Evolução da Esperança Média de Vida aos 65 anos em Portugal 1970-2010	21
Tabela 5 – Exemplo dos aspetos descritores de uma categoria ICF (WHO, 2001)	33
Tabela 6 – Escala do Qualificador Genérico da ICF (WHO, 2001)	33
Tabela 7 – Qualificadores dos Componentes e dos Fatores Ambientais da ICF (WHO, 2001)....	35
Tabela 8 – Exemplo de um perfil de funcionalidade da ICF (adaptado do Swiss Paraplegic Research).....	38
Tabela 9 – Os Core Sets disponíveis (adaptado de Ptyushkin, Selb & Cieza, 2012).....	42
Tabela 10 – Tabela da Intervenção baseada na ICF (adaptado do Swiss Paraplegic Research)..	45
Tabela 11 – O Core Set Genérico (adaptado de Ptyushkin, Selb & Cieza, 2012)	47
Tabela 12 – Paradigmas Conceptuais da Deficiência/Incapacidade nos Modelos Biomédico e Social (adaptado de Sousa, 2005)	57
Tabela 13- Evolução dos Conceitos entre a ICIDH e a ICF	60
Tabela 14- Princípios da ICF.....	60
Tabela 15 - Nº de camas da RNCCI em funcionamento a 30.6.2012	81
Tabela 16 - Nº de camas da RNCCI em funcionamento na região do Algarve a 30.6.2012	82
Tabela 17 – Distribuição da população por tipologia de internamento	84
Tabela 18 – Caraterização dos Domínios e Variáveis do Questionário Sociodemográfico	85
Tabela 19 – Caraterização das Áreas, Domínios e Variáveis do MAB.....	88
Tabela 20 – Caraterização das Variáveis do MAB.....	91
Tabela 21 – Scores dos Domínios das Variáveis do MAB	93
Tabela 22 – Categorias do ICF Core Set for Geriatric Patients in Early Post-Acute Rehabilitation Facilities (Grill et al, 2005b)	94
Tabela 23 - Regras Específicas para a Ligação entre Medidas do Estado de Saúde, Instrumentos de Medida ou Intervenções em Saúde e a ICF (baseado em Cieza et al, 2005)	100
Tabela 24 – Ligação entre os qualificadores do CSG e as pontuações do MAB	103
Tabela 25 – Quantificação das Categorias do Core Set Geriátrico	106
Tabela 26 - Ligação entre as questões do MAB e as categorias da ICF	118
Tabela 27 - Ligação entre as categorias do CSG e as questões do MAB	122
Tabela 28 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e tipo de unidade	126
Tabela 29 – Distribuição da amostra por idade e sexo	127
Tabela 30 – Distribuição da amostra por estado civil e escolaridade por grupo etário, sexo e no total	128
Tabela 31 – Distribuição da amostra por coabitação e tempo que passa só por grupo etário, sexo e no total	129

Tabela 32 – Distribuição da amostra relativamente à crença religiosa, à prática de culto e à religião, por grupo etário, sexo e total	130
Tabela 33 – Distribuição da amostra relativamente ao rendimento económico, por grupo etário, sexo e total	131
Tabela 34 – Distribuição da amostra relativamente à profissão, por grupo etário, sexo e total	132
Tabela 35 – Média dos dias de internamento por tipologia de internamento na Rede, grupo etário e no total	133
Tabela 36 – Distribuição da amostra relativamente à perceção do estado de saúde física e mental por grupo etário, sexo e total	134
Tabela 37 – Média do nº refeições/dia por grupo etário, sexo e no total	135
Tabela 38 – Distribuição da amostra por hábitos de risco por grupo etário, sexo e no total ...	136
Tabela 39 – Distribuição da amostra relativamente à ajuda nos autocuidados e atividades instrumentais por grupo etário, sexo e no total	137
Tabela 40 – Distribuição da amostra relativamente ao nº, momento, motivo e sequelas das quedas no último ano, por grupo etário, sexo e total	138
Tabela 41 – Prevalência das co morbilidades por grupo etário, sexo, estado civil, escolaridade e no total	139
Tabela 42 – Prevalência das Condições de Saúde por grupo etário, sexo e no total	140
Tabela 43 – Distribuição da amostra relativamente à necessidade de tecnologias de apoio por grupo etário, sexo e no total	141
Tabela 44 – Distribuição da amostra relativamente a quem presta apoio nos auto cuidados e atividades instrumentais por grupo etário, sexo e no total	142
Tabela 45 – Distribuição da amostra relativamente às visitas e aos contactos telefónicos da família, por grupo etário, sexo e total	143
Tabela 46 – Distribuição da amostra relativamente à existência de confidente e quem é o confidente, por grupo etário, sexo e total	144
Tabela 47 – Distribuição da amostra relativamente à continência urinária e fecal, por grupo etário, sexo e total	145
Tabela 48 – Estatística descritiva do <i>score</i> da continência no estado pré-morbilidade	146
Tabela 49 – Distribuição da amostra relativamente às atividades andar e deslocar-se, por grupo etário, sexo e total	148
Tabela 50 – Distribuição da amostra relativamente às atividades mudar/manter a posição do corpo, por grupo etário, sexo e total	149
Tabela 51 – Distribuição da amostra relativamente a utilizar transportes e conduzir, por grupo etário, sexo e total	150
Tabela 52 – Estatística descritiva do <i>score</i> da mobilidade no estado pré-morbilidade	151
Tabela 53 – Distribuição da amostra relativamente a lavar-se/tomar banho e vestir-se/despir-se, por grupo etário, sexo e total	152
Tabela 54 – Distribuição da amostra relativamente a usar sanita e/ou urinol/bacio, por grupo etário, sexo e total	153
Tabela 55 – Distribuição da amostra relativamente a alimentar-se/comer, por grupo etário, sexo e total	153

Tabela 56 – Distribuição da amostra relativamente a tomar os seus medicamentos, por grupo etário, sexo e total	154
Tabela 57 – Estatística descritiva do <i>score</i> auto cuidados no estado pré-morbilidade	155
Tabela 58 – Distribuição da amostra relativamente a usar o telefone, por grupo etário, sexo e total	156
Tabela 59 – Distribuição da amostra relativamente a fazer compras, por grupo etário, sexo e total	157
Tabela 60 – Distribuição da amostra relativamente a preparar refeições, realizar as tarefas de lida da casa e lavar/tratar da roupa, por grupo etário, sexo e total	158
Tabela 61 – Estatística descritiva do <i>score</i> vida doméstica no estado pré-morbilidade	159
Tabela 62 – Distribuição da amostra relativamente a gerir o seu dinheiro, por grupo etário, sexo e total	160
Tabela 63 – Distribuição da amostra relativamente a andar a pé, praticar ginástica ou desporto e praticar outra atividade física, por grupo etário, sexo e total	161
Tabela 64 – Distribuição da amostra relativamente às queixas de saúde, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	166
Tabela 65 -Estatística descritiva referente às queixas de saúde na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.....	167
Tabela 66 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis da orientação em relação ao tempo, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	170
Tabela 67 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis da orientação em relação ao lugar, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	172
Tabela 68 -Estatística descritiva referente aos <i>scores</i> parciais e global do estado cognitivo na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.....	174
Tabela 69 – Distribuição da amostra relativamente às queixas emocionais, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	176
Tabela 70 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> do estado emocional na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.....	177
Tabela 71 – Distribuição da amostra relativamente à continência urinária, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	178
Tabela 72 – Distribuição da amostra relativamente à continência fecal, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	179
Tabela 73 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> da continência na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse....	181
Tabela 74 – Distribuição da amostra relativamente ao IMC, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	182
Tabela 75 – Distribuição da amostra relativamente ao IMC, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.....	182
Tabela 76 – Distribuição da amostra relativamente a andar em casa, na rua e em escadas na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	184
Tabela 77 – Distribuição da amostra relativamente às atividades de mudar e manter a posição do corpo na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	186

Tabela 78 – Distribuição da amostra relativamente à atividade usar transportes na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	187
Tabela 79 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> do domínio da mobilidade na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.....	188
Tabela 80 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis do auto cuidado na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	192
Tabela 81 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> dos auto cuidados na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse	194
Tabela 82 - Distribuição da amostra relativamente à atividade usar telefone na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total	195
Tabela 83 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis da vida doméstica, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total.....	198
Tabela 84 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> da Vida Doméstica na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse	200
Tabela 85 – Distribuição da amostra relativamente à variável gerir o seu dinheiro, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total.....	201
Tabela 86 – Distribuição da amostra relativamente ao local da alta por sexo, faixa etária e total	202
Tabela 87 - Distribuição da amostra relativamente à continência urinária, no estado pré-morbilidade e no momento da alta, por grupo etário, sexo e total	203
Tabela 88 - Distribuição da amostra relativamente à continência fecal, no estado pré-morbilidade e no momento da alta, por grupo etário, sexo e total	204
Tabela 89 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> da continência na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.....	205
Tabela 90 - Distribuição da amostra relativamente a andar em casa, na rua e em escadas na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total.....	206
Tabela 91 - Distribuição da amostra relativamente às atividades deitar/levantar da cama e sentar/levantar de cadeira na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total	207
Tabela 92 – Distribuição da amostra relativamente à atividade usar transportes na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total	208
Tabela 93 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> do domínio da mobilidade na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse	209
Tabela 94 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis do auto cuidado na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total	210
Tabela 95 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> dos Auto Cuidados na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.....	211
Tabela 96 - Distribuição da amostra relativamente à atividade usar telefone na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total.....	212

Tabela 97 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis da vida doméstica, na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total	214
Tabela 98 -Estatística descritiva referente ao <i>score</i> da Vida Doméstica na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.....	215
Tabela 99 – Distribuição da amostra relativamente à variável gerir o seu dinheiro, na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total	216
Tabela 100 – Distribuição percentual dos <i>outcomes</i> favoráveis (≥ 2) nos três momentos avaliativos.....	219
Tabela 101 – Estimativas dos coeficientes do modelo de regressão logística dos domínios das Funções do Corpo	221
Tabela 102 – Estimativas dos coeficientes do modelo de regressão logística dos domínios da Atividade/Participação.....	224
Tabela 103 – Prevalência das deficiências do componente <i>Funções do Corpo</i> , na admissão e na alta e alteração ao longo do tempo.....	227
Tabela 104 – Prevalência das limitações do componente <i>Atividades/Participação</i> , na admissão e na alta e alteração ao longo do tempo	231
Tabela 105 – Prevalência das categorias dos Fatores Ambientais descritos como Facilitadores, Barreira ou Ambos na admissão.....	234
Tabela 106 – Categorias Adicionais não contempladas no Core Set	236
Tabela 107 – Resultados do poder preditivo e discriminativo dos modelos de regressão dos <i>outcomes</i> da funcionalidade	237
Tabela 108 – Variáveis dos Modelos e Categorias ICF.....	238
Tabela 109 – Proposta do Core Set Abreviado para cuidados geriátricos pós-agudos	239

UMAS PALAVRAS DE AGRADECIMENTO

Aos participantes no estudo e às suas famílias que tão gentilmente acederam em colaborar e sem os quais não teria sido possível a sua concretização.

Aos responsáveis e aos profissionais das instituições onde recolhemos os dados, cujo apoio e disponibilidade ajudaram e facilitaram essa tarefa.

Aos fisioterapeutas, na altura meus alunos, que com entusiasmo e dedicação permitiram essa operacionalização: Ana Rita Lourenço, Ana Rita Ramos, Cláudia Viegas, André Sousa, Joana António, João Francisco Amado, João Luz, Luís Gomes, Mónica Peixeiro, Ricardo Custódio, Sandy Pinto, Teresa Andrez, Valério Ferreira e Verónica Jacinto.

Às minhas orientadoras Professoras Doutoras Ana Alexandre Fernandes e Maria Amália Botelho agradeço as ajudas conceptuais e de desenvolvimento da investigação, mas também a amizade e a confiança com que me brindaram durante este percurso.

Quero também expressar a minha gratidão à Professora Doutora Ana Luísa Papoila pela importante e imprescindível ajuda no tratamento estatístico dos dados e também à Professora Doutora Anabela Correia Martins e ao Mestre Rui Cintra, pelo seu contributo nos processos de ligação dos instrumentos do estudo.

Ao Vasco, o meu filho. Durante os anos em que todo o trabalho se desenvolveu, o Vasco teve o carinho e o bom senso de compreender as minhas ausências, aceitar a minha irritabilidade e acalmar as minhas inseguranças. Agora com quase 16 anos, cresceu e amadureceu com este desafio, mostrando uma firmeza e equilíbrio que algumas vezes faltaram a este processo. Foi com uma compreensão e abnegação superiores, que aceitou sempre e sem qualquer queixume, levantar-se e deitar-se, encontrando a mãe invariavelmente sentada no mesmo lugar.

À minha mãe, por todo o carinho e ajudas múltiplas. Sem a sua participação o processo teria sido mais difícil e moroso. Foi sempre reconfortante partilhar com ela as minhas angústias e receber palavras de incentivo e ânimo. Agradeço também as suas ajudas práticas que me acalmaram e facilitaram muito nesta caminhada.

A ultimação dos aspetos estruturais e de apresentação do trabalho teve a ajuda minuciosa da Paula Rijo, a quem deixo o meu reconhecido agradecimento.

Aos meus familiares e amigos que generosamente me incentivaram e mimaram, aumentando a minha autoestima, mas sobretudo fazendo-me crer nos momentos de ansiedade e incerteza, que teria capacidade para concretizar este desafio.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD – Atividade (s) Básica (s) da Vida Diária

AF – Atividade Física

AFS – Atividade Física Semanal

AI – Autonomia Instrumental

AIVD – Atividade (s) Instrumental (s) da Vida Diária

AU – Autonomia Física

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CSG – Core Set Geriátrico

dp – Desvio Padrão

EC – Estado Cognitivo

ECL – Equipas de Coordenação Local

ECR – Equipas de Coordenação Regional

EE – Estado Emocional

EN – Estado de Nutrição

ES – Estado Social

E Saú – Estado de Saúde

EPEPP – Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa

IAI – Instrumento de Avaliação Integral

ICD – International Classification of Diseases

ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health

ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

IMC – Índice de Massa Corporal

IF – Incontinência Fecal

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

IU – Incontinência Urinária

m– Média

MAB – Método de Avaliação Biopsicossocial

máx – Valor Máximo

MI – Membro Inferior

min – valor Mínimo

MS – Membro Superior

n – Número de Casos

NC – Numérica Contínua

ND – Numérica Discreta

OD – Odds Ratio

QN – Questão Nominal

QO – Questão Ordinal

RNCCI – Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

vs – versus

RESUMO

Os estudos sobre a funcionalidade da população idosa têm uma representação importante naquilo que é o atual conhecimento da demografia do mundo.

Portugal posiciona-se e perspectiva-se como pertencendo aos países mais envelhecidos, possuindo uma rede de cuidados pós-agudos – a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – que assiste uma parcela importante dessa população.

Os aspetos conceptuais da funcionalidade de acordo com a OMS e operacionalizados pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), não mereceram até agora suficiente aplicabilidade no nosso país, inviabilizando a possibilidade de oferecermos contributos para a sua operacionalização. Da mesma forma, também os Core Sets da Classificação não têm sido sujeitos a processos de validação que contemplem amostras portuguesas, mantendo-se o desconhecimento da especificidade dos fatores contextuais na nossa população.

O presente estudo tem como objetivos conhecer a evolução da funcionalidade dos idosos assistidos na RNCCI na região do Algarve nas unidades de convalescença e média duração, validar o Core Set Geriátrico da OMS e propor uma versão abreviada da sua modalidade abrangente, no contexto destes cuidados.

A amostra constituída por 451 idosos, dos quais 62,1% eram mulheres, revelou na pré-morbilidade níveis favoráveis de funcionalidade, com exceção para as Atividades Domésticas. Contudo, os mais idosos (≥ 85 anos), os indivíduos sem escolaridade, as mulheres e os viúvos/solteiros apresentaram mais casos desfavoráveis quando comparados com os seus pares.

Na evolução da funcionalidade observámos melhorias significativas em todos os domínios avaliados, com diferenças relativamente à idade e à escolaridade; apesar dos resultados positivos os mais idosos e os indivíduos sem escolaridade apresentaram níveis inferiores de evolução.

No entanto, a funcionalidade alcançada revelou ficar com resultados significativamente inferiores na comparação com aquela que os indivíduos possuíam na pré-morbilidade. Os modelos de regressão revelaram que as Funções Mentais, a Perceção do Estado de Saúde e a atividade Usar o Telefone, foram as variáveis que melhor explicaram os *outcomes* da funcionalidade alcançada.

A validação do Core Set Geriátrico foi possível na maioria das categorias, sendo que foi no componente das Funções do Corpo onde esse processo revelou maior fragilidade. As Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento foram aquelas que registaram em ambos os momentos avaliativos frequências mais elevadas de deficiência, enquanto no componente Atividades & Participação isso ocorreu na atividade Utilização dos Movimentos Finos da Mão. Os capítulos Apoios e Relacionamentos e Atitudes foram considerados os Fatores Ambientais mais Facilitadores mas também com maior impacto Barreira.

A proposta para o Core Set Geriátrico Abreviado resultou das categorias independentes que explicaram os modelos da funcionalidade alcançada e cujo resultado engloba um conjunto de 27 categorias, com um enfoque importante no componente Atividades/Participação de onde se destacam os domínios da Mobilidade e dos Auto Cuidados.

A funcionalidade dos indivíduos e das populações deve ser considerada uma variável incontornável da Saúde Pública, cuja avaliação deve refletir uma abordagem biopsicossocial, apoiada na Classificação Internacional de Funcionalidade.

A operacionalização da Classificação a partir dos Core Sets necessita de pesquisa mais aprofundada relativamente às características psicométricas dos seus qualificadores e dos seus processos de validação.

Palavras-chave: Funcionalidade; Envelhecimento; Classificação Internacional de Funcionalidade; Core Set Geriátrico

SUMMARY

The studies about the functioning of the elderly play an important role on what the present knowledge of the demography in the world is.

Portugal figures high on the most aged countries, having a network of post-acute care - the National Network of Integrated Continuous Care (RNCCI) - which assists a large part of that population.

The conceptual aspects of functioning according to WHO and operated by the International Classification of Functioning (ICF), have been insufficiently addressed concerning its adequate applicability in our country, hindering the contributions of its operation. In the same way, also the Core Sets of the Classification have not been subjected to validation procedures that include portuguese samples, keeping the unawareness of specificity of the contextual factors in our population.

The objectives of the present study were to know the evolution of the functioning of the elderly assisted in the RNCCI in the Algarve region in units of convalescence and average duration, validate the WHO Geriatric Core Set and propose an abridged version of this comprehensive core set in this healthcare context.

The sample was composed by 451 elderly people, of which 62.1% were women, they showed favourable levels in functioning in the pre-morbid state, except for Domestic Activities. However, the oldest (≥ 85 years), the individuals with no education, women and widowed/ unmarried showed more unfavourable cases when compared to their peers.

In the evolution of functioning we observed significant improvements in all domains assessed, with differences with respect to age and education. In spite of positive results, the oldest and the individuals with no education showed lower levels of evolution.

However, the functioning achieved showed significantly lower results when compared to the those observed in pre-morbidity state. Regression models reveal that Mental Functions, the Perceived Health Status and the Use of the Phone activity, were the variables that better explain the functioning of the outcomes achieved.

The validation of the Geriatric Core Set of ICF was possible in most categories, and Body Functions was the component where this process showed greatest weakness. Neuromusculoskeletal and Movement-Related Functions experienced in both evaluation times with higher rates of disability, while in the Activities & Participation component this occurred in the Fine Hand Use activity. The Support and Relationships and Attitudes chapters were considered the Environmental Factors most Facilitators but also with greater impact Barrier.

The proposal for the Brief Geriatric Core Set has resulted from the independent categories that explained the regression models of functioning and includes a set of 27 categories, with an important emphasis on Activities & Participation component where we can highlight the areas of Mobility and Self Care domains.

The functioning of individuals and populations should be considered as an unavoidable variable of Public Health, of which the assessment should reflect a biopsychosocial approach, based on the International Classification of Functioning.

The operationalization of the Classification from the Core Sets requires further research regarding the psychometric characteristics of their qualifiers and their validation procedure.

Keywords: Functioning; Aging; International Classification of Functioning; Geriatric Core Set

RÉSUMÉE

Les études sur le fonctionnement de la population âgée ont une importante représentation de ce qu'est l'état actuel des connaissances de la démographie du monde.

Portugal occupe et perspective de s'appartenir aux pays les plus âgées, ayant un réseau de soins post-aigus - le Réseau National de Soins Intégrés (RNCCI) - qui aide une partie importante de cette population.

Les aspects conceptuels du fonctionnement selon l'OMS et opérés par la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), ne pas méritaient jusque à ce moment applicabilité dans notre pays, empêchant la possibilité d'offrir des contributions à son exploitation. De la même façon, aussi les Core Sets de la Classification n'ont pas été soumis à des procédures de validation qui comprennent des échantillons portugais, en maintenant l'absence de spécificité des facteurs contextuels dans notre population.

Cette étude vise à connaître l'évolution du fonctionnement des personnes âgées assisté dans la RNCCI à la région de l'Algarve dans les unités de convalescence et la moyenne durée, valider le Core Set Gériatrique de l'OMS et de proposer une version abrégée de sa modalité complète dans le contexte de ces soins.

L'échantillon était composé par 451 personnes âgées, dont 62,1% étaient des femmes, qui ont révélé niveaux favorable du fonctionnement dans l'état pré-morbide, sauf pour les Activités Domestiques. Cependant, les plus âgés (≥ 85 ans), les personnes sans scolarité, les femmes et les veuves/célibataires ont montré plus de cas défavorables comparativement à leurs pairs.

Dans l'évolution du fonctionnement, nous avons observé des améliorations significatives dans tous les domaines évalués, mais avec différences par rapport à l'âge et à l'éducation; malgré les résultats positifs les personnes plus âgées et les personnes sans scolarité ont eu des niveaux inférieurs de l'évolution.

Toutefois, le fonctionnement atteint au finale s'avère nettement inférieur par rapport aux résultats qui les personnes avaient à la pré-morbidité. Les modèles de régression ont montré que les Fonctions Mentales, la Perception de l'État de Santé et l'activité Utiliser le Téléphone, étaient les variables qui expliquent le fonctionnement des résultats obtenus.

La validation du Core Set Gériatrique de la CIF a été possible dans la plupart des catégories, et étaient dans le component Fonctions Organiques où se procéda a révélé la plus grande faiblesse. Les Fonctions de L'Appareil Locomoteur et Liées au Mouvement ont été celles qui ont enregistrées dans les deux temps d'évaluation des taux plus élevés d'incapacité, tandis que dans la component Activités & Participation ça c'est déroulé à les activités de Motricité Fine. Les chapitres Soutiens et Relations et Attitudes ont été considérés comme les Facteurs Environnementaux les plus Facilitateurs, mais aussi comme Barrières.

La proposition pour le Core Set Gériatrique Bref a résulté des catégories indépendantes qui expliquent les modèles de régression du fonctionnement atteinte et comprend un ensemble de 27 catégories, avec un accent particulier sur les Activités & Participation où nous mettons en évidence les domaines de la Mobilité et l'Entretien Personnel.

Le fonctionnement des personnes et des populations doit être considérée comme une variable essentielle de la Santé Publique, dont l'évaluation doit refléter une approche biopsychosociale, selon la Classification Internationale du Fonctionnement.

L'opérationnalisation de la Classification à partir des Cores Sets nécessite des recherches approfondies sur les caractéristiques psychométriques de leurs qualificateurs et de leurs procédures de validation.

Mots-clés: Fonctionnalité ; Vieillesse, Classification Internationale de la Fonctionnalité; Core Set Gériatrique

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das principais questões demográficas e sociais do mundo atual, tendo um enquadramento particularmente importante nas sociedades mais industrializadas e desenvolvidas.

Estimativas recentes apontam Portugal como pertencendo aos países mais envelhecidos do mundo e a manterem-se as tendências atuais de elevada longevidade e baixa fecundidade, poderá num futuro próximo vir a ocupar uma das primeiras posições na hierarquia deste processo.

As mudanças observadas e as análises prospetivas elaboradas para a população, indiciam oportunidades e desafios nunca antes vividos, aos sistemas e às políticas, que deverão refletir a possibilidade de os indivíduos permanecerem autónomos o maior tempo possível. Esta tendência exige um planeamento sustentado do envelhecimento das populações, assente na garantia da minimização dos riscos e na maximização das oportunidades.

Se os ganhos alcançados na longevidade foram o resultado das diversas intervenções da Saúde Pública, espera-se também ser da sua responsabilidade as intervenções para os desafios que se avizinham no que respeita às dinâmicas do envelhecimento, cuja operacionalização se deverá centrar na manutenção e promoção da saúde dos grupos mais velhos.

São vários os documentos das organizações internacionais que referem a necessidade de acompanhar este repto pelo envelhecimento saudável, processo que respeita todas as fases do ciclo da vida, assente na saúde, participação e segurança dos indivíduos, cujo resultado final deveria ser promover vidas mais longas mas sobretudo mais saudáveis.

E se este é um processo interativo, cujas mudanças se entrecruzam e se refletem na vida dos indivíduos, das sociedades e dos países, será naturalmente um processo que exige modificações e adaptações, também ao nível individual, social e organizacional.

Uma das plataformas de exercício da Saúde Pública neste contexto, dirá respeito à diminuição das desigualdades sociais ao nível da saúde. Este aspeto tende a acentuar-se com o aumento da idade e apesar de englobar fatores tão distintos quanto os socioeconómicos, comportamentais, psicossociais e genéticos, o empoderamento que proporcionarmos aos indivíduos ao nível da educação da e na saúde, poderá ser decisivo para a minimização dessas desigualdades.

Conhecer essas interações através da pesquisa interdisciplinar será também uma tarefa desafiadora da Saúde Pública, cujo desenvolvimento deve respeitar a diversidade e a heterogeneidade dos mais idosos, a aptidão e a responsabilização dos decisores locais e um ambiente, conceptual e dimensionalmente abrangente, promotor de um envelhecimento saudável.

A par da transição demográfica observada nas últimas décadas, decorrente dos baixos níveis de natalidade e mortalidade e elevada longevidade, observou-se uma transição epidemiológica que reflete a alteração do padrão das doenças e das causas de morte, consequentes de mudanças societais como a urbanização ,os consumos e os hábitos de vida.

Apesar de se manterem elevadas as taxas de mortalidade nos países em desenvolvimento, a tendência global é para o aumento das doenças crónicas e degenerativas, como o são as doenças cardiovasculares, as doenças oncológicas, as demências ou a diabetes. No contexto epidemiológico da população idosa, importa ainda considerar o risco para as doenças infecciosas, resultado da senescência das funções imunitárias e homeostáticas ou da maior interação de co morbilidades crónicas *versus* infecciosas.

Assim, conhecer os mecanismos e os componentes que concorrem para as modificações da funcionalidade da população idosa, quer na ausência quer na presença de doença aguda ou adquirida, será nos próximos anos um desafio de todas as áreas do conhecimento.

Para a Saúde Pública, este não será só um desafio determinante da sua intervenção, será também a aceitação de considerar a funcionalidade dos indivíduos e das populações como uma variável incontornável do seu estudo.

Esta consideração ou esta avaliação, não se pretende complexa nem extensa, exige-se sim a possibilidade de reproduzir as limitações nas atividades dos indivíduos e quantificar a necessidade de equipamentos, serviços e sistemas, promotores da capacidade e do desempenho dessas atividades.

Este objetivo não tem sido atingido de forma plena, observando-se de um modo transversal entre os países alguma fragilidade relativamente às variáveis respeitantes à funcionalidade. A maior parte dos inquéritos de saúde ou dos censos apresentam-se débeis, tanto no que diz respeito à sua quantidade, quanto àquela que se relaciona com a uniformização dos conceitos, sendo este último aspeto de primordial importância para a comparação epidemiológica, mas sobretudo para a deteção precoce dos grupos ou populações em risco.

Contudo, com a adoção do modelo biopsicossocial operacionalizado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF na sua abreviatura anglo-saxónica e aquela que adotaremos no presente trabalho) tem sido possível observar avanços positivos nesta dificuldade, entretanto já atestados pelos projetos multicêntricos MHADIE e MURINET, os quais concluíram de forma global a necessidade de coordenar e integrar os conceitos de funcionalidade/incapacidade em todos os níveis de decisão política e em todos os setores.

Sabemos que volvidos mais de 10 anos sobre a divulgação do modelo e da ICF, os profissionais das áreas da saúde ou das ciências sociais são já conhecedores da sua multidimensionalidade. Observamos contudo que mantêm algumas dificuldades sobre o entendimento real da interatividade e da capacidade integrativa que lhe estão subjacentes, permanecendo por isso ainda longe de os aceitarem ou entenderem de forma absoluta enquanto modelo conceptual, mas sobretudo enquanto modelo de ação.

Mantemos ainda um enraizamento poderoso no que diz respeito à dialética do modelo biomédico, tanto no que se relaciona com os recursos académicos, quanto na ação das nossas práticas profissionais. Admitir e agir de forma equitativa e dinâmica com todas as dimensões que hoje conhecemos da funcionalidade, mantêm-se um exercício difícil de gerir e colocar em prática.

Na área da reabilitação os processos de avaliação e de intervenção são o paradigma desse determinismo biológico, ao centrarem-se quase exclusivamente ou preferencialmente nas alterações das funções fisiológicas, observando-se uma negligência importante relativamente aos fatores contextuais, ambientais e pessoais.

Estes fatores contextuais agora conceituados de uma forma muito mais abrangente, têm na ICF um papel primordial e central. Eles ultrapassam a sua importância enquanto determinantes do estado de saúde e passam a ser considerados não só como uma mudança ao *locus* da incapacidade, mas sobretudo é-lhes reconhecida a possibilidade de serem considerados o *locus* da intervenção e por isso da funcionalidade.

Os estudos longitudinais com a população idosa portuguesa são escassos e aqueles que existem não acolhem conceptualmente a ICF, sendo aliás este assunto muito escasso na literatura científica do nosso país. Ou seja, o desenvolvimento de estudos científicos com a utilização da ICF é quase inexistente, sendo emergente a necessidade da sua utilização nesse e noutros contextos, como forma de entendermos o valor real que a classificação pode ter para as intervenções em saúde, mas sobretudo para a melhoria da funcionalidade dos indivíduos.

Da mesma forma, as propostas das listagens abreviadas da ICF - os Core Sets – necessitam de estudos empíricos, operacionalizados em contextos ambientais diversos, que permitam a sua adoção ou adaptação, como ferramentas com reconhecido valor para a avaliação e a monitorização da funcionalidade dos indivíduos, respeitando a diversidade contextual da sua aplicação.

Desta forma, as adaptações e as revisões provavelmente necessárias à ICF, só poderão ocorrer se a transladarmos para as nossas práticas e para as nossas populações, onde

estarão refletidos o ambiente, os relacionamentos e todos os sistemas que com eles interagem. Por outro lado, aquilo que observamos nos estudos longitudinais sobre a evolução da funcionalidade dos idosos, esgota-se habitualmente na comparação entre dois momentos avaliativos; quase sempre entre a instalação da doença ou lesão e o final do processo de intervenção. Ou seja, raramente estudamos a gestão dos recursos face à pré-morbilidade, detetando-se assim uma lacuna relativamente aos verdadeiros ganhos das intervenções.

Se nos restam poucas dúvidas que os indivíduos evoluem após as intervenções terapêuticas ou reabilitativas, o mesmo não poderemos dizer sobre os fatores que mais concorrem para essa aquisição, sobretudo os respeitantes à abrangência contextual. Mas, onde encontramos a maior omissão é naquilo que terá ficado por alcançar na comparação com a ausência de doença ou lesão, sendo esta com toda a certeza a consecução que mais deverá interessar os indivíduos e, onde mantemos provavelmente uma aplicação importante dos nossos recursos.

Nesse sentido, também aqui são necessárias alterações às nossas práticas; exigem-se práticas mais centradas nos indivíduos e mais relativizadas nos registos e nos objetivos exclusivos dos profissionais.

Desde a sua criação em 2006 que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI, adiante designada por Rede) tem sido a estrutura que mais idosos tem assistido e acolhido nas suas unidades, após um episódio agudo de doença, provenientes fundamentalmente dos hospitais. Nesse sentido, a sua importância enquanto sistema estruturado do processo de reabilitação da população idosa, merece investigações que nos ajudem a conhecer melhor os seus resultados, para que se promovam se necessário, adequações às suas intervenções e também que nos permitam conhecer mecanismos que possam sedimentar a sua sustentabilidade.

A Rede representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Segurança Social. O seu objetivo geral é "a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se

encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada” (UMRNCCI, 2009)¹.

A importância que a Rede hoje detém face aos processos de recuperação e acompanhamento da população idosa, são meritórios de investigações que nos permitam conhecer de uma forma estruturada as suas intervenções e resultados na funcionalidade e na saúde das populações com que se relaciona. Os relatórios que sazonalmente são divulgados pela Rede ficam muito aquém do modelo conceptual da funcionalidade que conhecemos e deveremos adotar. Ficam omissos dados que poderiam ajudar os profissionais a dinamizarem e a melhorarem as suas práticas, mas também a estabelecer de uma forma mais estruturada a alocação continuada de recursos.

Pelas reflexões que fomos tecendo sobre a dinâmica da funcionalidade dos idosos, pela necessidade de compreendermos melhor a multidimensionalidade que ela acolhe e pelo imperativo de a operacionalizarmos no contexto da nossa experiência profissional respeitando as diretrizes conceptuais que ela enforma, desenvolvemos a presente investigação que tem como objetivo conhecer e analisar a evolução da funcionalidade em indivíduos sujeitos a intervenção de reabilitação, no âmbito de uma rede de cuidados organizada a nível nacional, comparando ainda esses efeitos face à condição de pré-morbilidade.

Quanto à apresentação estrutural, esta tese apresenta-se dividida em duas partes.

Na primeira parte, a que diz respeito à componente teórica, encontra-se a fundamentação teórica do trabalho, exposta em três grandes linhas de pesquisa que dão suporte e justificação ao desenvolvimento da investigação: os aspetos demográficos do envelhecimento no mundo, na Europa e em Portugal, bem como o enfoque que merece no conhecimento e na área de atuação da Saúde Pública; os aspetos conceptuais da funcionalidade e da incapacidade de acordo com o modelo de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS com relevo da sua aplicabilidade na

¹ UMRNCCI. Unidade de Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009. Disponível em linha: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf

área da reabilitação e que enformam o desenvolvimento analítico da pesquisa, por fim as dimensões da funcionalidade e da incapacidade no envelhecimento e a importância que detêm enquanto variáveis demográficas da Saúde Pública.

A segunda parte engloba a componente empírica, nomeadamente os aspetos metodológicos, a apresentação e a discussão dos resultados, as conclusões e sugestões do estudo. Na parte respeitante aos materiais e métodos, fazemos a descrição pormenorizada dos instrumentos, expomos a forma como se operacionalizou o estudo bem como a ligação que estabelecemos entre os instrumentos, os métodos estatísticos para o tratamento dos dados, ficando no final desse capítulo as limitações que encontrámos durante o desenvolvimento da investigação. Relativamente aos resultados, todas as variáveis são apresentadas por três grupos etários e sexo, respeitando a heterogeneidade que pode ser observada nos idosos, considerando-se igualmente para todas as variáveis, os efeitos que os fatores pessoais idade, sexo, estado civil e escolaridade podem representar. Na discussão relacionámos e comparámos os resultados obtidos com aqueles que a literatura atual apresenta para a população e o contexto em análise. Traçámos as conclusões fazendo sobressair os aspetos mais importantes que observámos e analisámos, apresentando também algumas sugestões para futuras investigações nesta linha de pesquisa.

PARTE I – COMPONENTE TEÓRICA

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Aspetos Demográficos e de Saúde Pública do Envelhecimento

a) Demografia do Envelhecimento no Mundo, na Europa e em Portugal

O Envelhecimento no Mundo

Foi por volta de 1800, após milénios de história humana que a população mundial atingiu o seu primeiro bilião. Hoje, a população mundial aumenta 1 bilião a cada 12 anos (Population Reference Bureau, 2010). No início do século XX, a população mundial era de 1,6 bilião, observando-se uma reversão desses números no final do século, para 6,1 biliões.

A população atual (valores de maio de 2010) é de quase 7 biliões, estimando-se que atinja os 9,3 biliões a meio do século e 10,1 biliões em 2100 (United Nations, 2011), cuja distribuição etária se projeta, conforme a Figura 1.

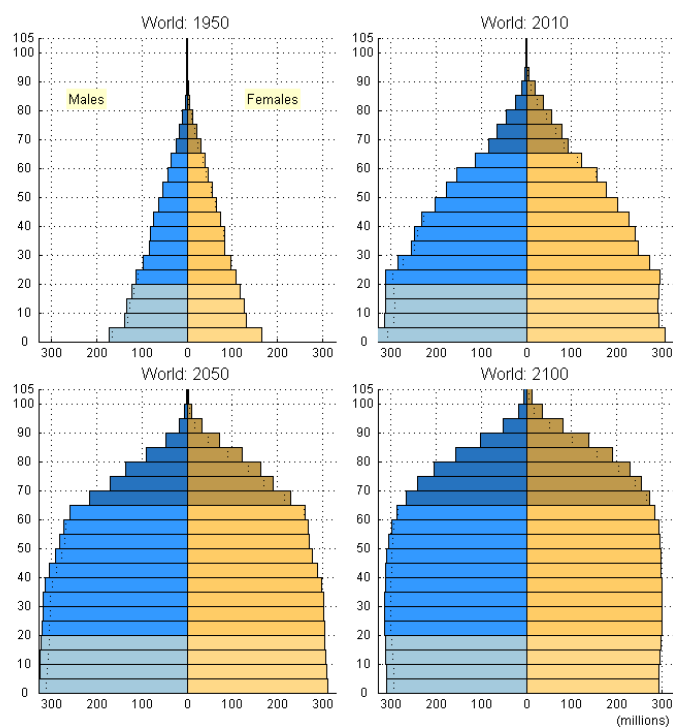


Figura 1- Pirâmides Etárias da População Mundial (United Nations, 2011)

Estas previsões têm em conta as taxas elevadas de fertilidade que se julga manterem-se em alguns países, sobretudo do continente africano (39 dos 55 países deste continente têm níveis elevados de fertilidade; uma média de 4,9 filhos/mulher, entre 2005-2010) e também ao aumento da esperança de vida que se prevê tenha um crescimento substancial também nestes países; em 2005-2010 este indicador situou-se nos 56 anos, mas para 2045-2050 e 2095-2100, estima-se que esse valor possa passar para 69 e 77 anos respetivamente.

Ou seja, o crescimento da população mundial dever-se-á em grande parte às manifestações que estes dois indicadores terão nestes países, fazendo-os triplicar de 1,2 milhões para 4,2 milhões entre 2011 e 2100 (United Nations, 2011).

Embora se observe um envelhecimento e um baixo crescimento das populações dos países desenvolvidos, os países em desenvolvimento continuam a manter-se jovens e em crescimento. Quando comparamos as pirâmides etárias destes dois conjuntos (Figura 2), ressaltam aspetos importantes: i) nos países desenvolvidos, um declínio no número de jovens, devido à baixa natalidade; ii) também aqui a faixa etária dos mais jovens representa percentualmente pouco mais que a metade da faixa etária dos seus pais; iii) a quase totalidade do crescimento da população mundial irá ocorrer nos países em desenvolvimento (Population Reference Bureau, 2010).

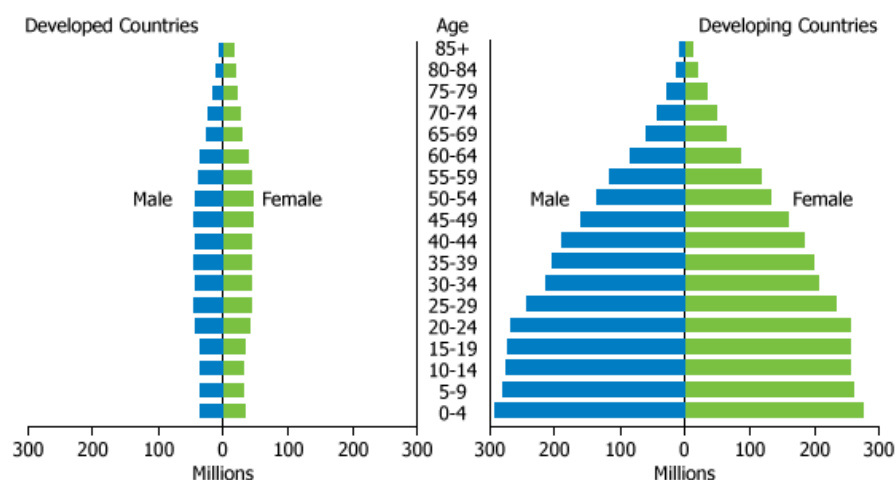


Figura 2- Pirâmides Etárias dos Países Desenvolvidos versus em Desenvolvimento (Population Reference Bureau, 2010)

O envelhecimento populacional é uma das principais questões demográficas e sociais do mundo atual, tendo um enquadramento particularmente importante nas sociedades mais industrializadas e desenvolvidas.

Este processo decorre sobretudo da redução da fecundidade e do aumento da esperança de vida; temos assistido a uma transição gradual dos padrões demográficos de alta fertilidade e altas taxas de mortalidade para novos padrões associados a baixa fertilidade e mortalidade tardia (Golding, 2003), sendo este processo mais marcante nos países de baixa fertilidade (1,6 filhos/mulher em 2005-2010), que são concomitantemente os países mais desenvolvidos.

Hoje 11% da população destes países tem 65 ou mais anos, contra 34% dos que têm 25 ou menos anos. Em 2050, estas percentagens deverão alterar-se para 26% e 24% respetivamente (United Nations, 2011).

Estas alterações apesar de poderem ocorrer também nos países de fertilidade intermédia (2,6 filhos/mulher em 2005-2010) farão sentir-se de forma mais suave, se bem que os resultados globais em 2100 sejam os mesmos. Em 2010, 47% dos indivíduos destes países tinham menos de 25 anos, enquanto os de 65 ou mais anos representavam 6%; em 2100 estes valores situar-se-ão em 26% para as duas faixas etárias (United Nations, 2011).

Esta transição será mais lenta nos países de alta fertilidade que ainda possuem atualmente uma população muito jovem. Em 2010, 62% da sua população tinha menos de 25 anos, percentagem que deverá diminuir para 48% em 2050 e para 35% em 2100. Relativamente ao grupo dos 65 ou mais anos, dos cerca de 3% que hoje representam, poderão passar para 6% e 16% nos anos 2050 e 2100 respetivamente.

Um dos indicadores importantes nos estudos relacionados com o envelhecimento populacional é o índice de dependência dos idosos (% 65+ anos/15-64 anos).

Em 2010 o valor percentual para a população mundial situou-se nos 11,6%, sendo a projeção desse valor para o ano de 2060 de 29,6%. O Japão e a UE-27 destacam-se de forma importante destes valores em ambos os momentos temporais; em 2010 o Japão apresentou uma percentagem de 35,5% e a UE-27 25,9%, prevendo-se que esses

valores possam quase duplicar em 2060, conforme expresso na Figura 3 e segundo o Eurostat.

Importa ainda sublinhar que a China e a Coreia do Sul mais que quadruplicarão os seus valores, e que a Arábia Saudita aumentará este indicador em mais de sete vezes, ao passar de 4,4% em 2010 para 32,1% em 2060.

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060
EU-27 (2)	:	:	:	20.6	23.2	25.9	31.4	38.3	45.5	50.2	52.6
Argentina	8.7	10.8	13.1	14.8	15.8	16.4	18.5	20.8	24.1	30.3	35.9
Australia	14.0	13.3	14.8	16.8	18.6	19.9	25.5	31.5	35.9	39.0	42.8
Brazil	5.9	6.5	6.9	7.4	8.5	10.4	13.8	20.0	26.6	35.8	43.6
Canada	12.7	12.7	13.9	16.6	18.4	20.3	27.7	37.8	41.0	42.3	44.9
China	7.1	7.1	8.7	9.0	10.4	11.3	16.8	23.9	36.9	41.9	51.8
India	5.4	5.8	6.3	6.5	6.9	7.6	9.5	12.2	15.4	19.9	25.4
Indonesia	6.3	6.2	6.4	6.3	7.1	8.2	10.0	15.1	22.2	30.0	36.1
Japan	8.9	10.2	13.4	17.1	25.2	35.5	48.2	52.9	63.3	69.6	68.6
South Korea	6.8	6.1	6.2	7.2	10.2	15.4	22.4	37.3	52.0	60.7	64.3
Mexico	6.4	7.5	7.4	7.6	8.6	9.8	12.5	17.4	24.8	31.3	38.6
Russia	9.9	11.7	15.0	15.3	17.9	17.7	22.5	29.4	31.2	38.5	42.4
Saudi Arabia	7.0	6.7	5.6	4.8	5.8	4.4	6.6	9.0	13.0	22.2	32.1
South Africa	7.0	6.3	5.6	5.5	5.9	7.1	9.4	11.7	12.5	14.6	18.7
Turkey	5.5	6.8	7.3	6.3	8.0	8.8	11.7	16.5	22.5	30.5	36.9
United States	15.3	15.9	17.1	19.0	18.7	19.5	25.3	32.7	34.7	35.4	36.8
World	8.8	9.3	10.1	10.2	10.9	11.6	14.3	18.0	22.2	25.7	29.6

(1) From 2020 onwards: Eurostat's population projections Europop2010 for EU-27 and UN's medium variant for the world total and non-member countries.

(2) Excluding French overseas departments in 1990.

Source: Eurostat (online data codes: demo_pjanind and proj_10c2150p);

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population: World Population Prospects, 2010 revision

Figura 3- Índice de Dependência dos Idosos 1960-2060 no Mundo, na UE-27 e em alguns Países (Eurostat, 2012)

O Envelhecimento na Europa

Os dados demográficos recentes revelam que a população europeia continua a crescer, representando cerca de 10,7% da população mundial, dos quais 7,3% pertencem à União Europeia (UE-27) (United Nations, 2011).

Em 1 de janeiro de 2011, estimou-se que a população da UE-27 fosse de 502,5 milhões, mais 1,4 milhões que o ano anterior e mais de 100 milhões relativamente a 1960, cujas populações limítrofes por países pertenciam à Alemanha (81,8 milhões) e a Malta (0,4 milhões) (Eurostat, 2012).

Este crescimento deve-se sobretudo ao aumento da esperança de vida e à baixa natalidade. Estes dois indicadores produziram alterações importantes no desenho das pirâmides etárias de 1991-2011 como podemos observar na Figura 4.

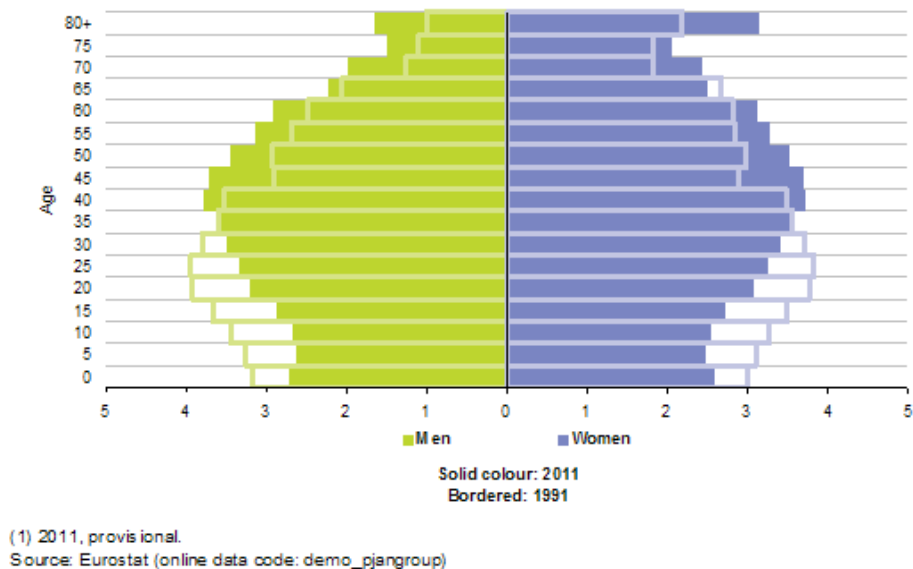


Figura 4- Pirâmide Etária da UE-27, em 1991 e 2011 (Eurostat, 2012)

As mais recentes projeções realizadas pelo Eurostat que abrangem o período 2011-2060 revelam que o envelhecimento populacional deverá afetar todos os Estados-Membros. O aumento da população total não será tão importante (devido à baixa fertilidade), quanto a notabilidade do aumento das faixas etárias acima dos 65 anos.

Estas projeções permitem a construção de uma pirâmide cujo aumento populacional se fará exclusivamente com o alargamento das idades acima dos 65 anos., conforme se apresenta na Figura 5 (Eurostat, 2012).

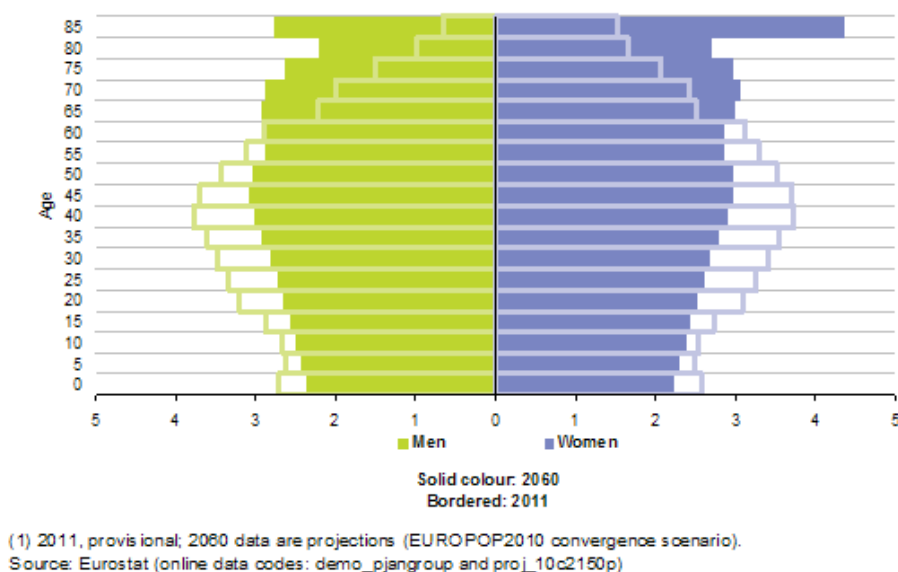


Figura 5- Pirâmide Etária da UE-27, em 2011 e 2060 (Eurostat, 2012)

Como já referido anteriormente, um dos indicadores responsáveis por esta alteração demográfica é a taxa de fecundidade. Para que as populações mantenham um equilíbrio entre as suas faixas etárias é necessário que a taxa de fecundidade se situe nos 2,1 nascimentos, se não se considerarem os movimentos migratórios. A UE-27 viu este valor descer para 1,45 em 2002. A partir daí têm-se assistido a um aumento deste índice em alguns Estados-Membros, que permitiu uma subida para 1,59 nascimentos em 2009. Nesse ano, a taxa de fertilidade entre países variou de 2,07 (Irlanda) a 1,31 (Letónia), sendo que estes valores representam um estreitamento que se tem vindo a verificar desde a década de 90 do século passado. Portugal à data apresentou-se no grupo dos países com índice de fecundidade mais baixo, com 1,32 nascimentos (Eurostat, 2012).

O aumento da esperança de vida à nascença o outro grande fator responsável pelas alterações demográficas a que temos assistido, revela que nos últimos cinquenta anos, a UE-27 aumentou em dez anos este parâmetro.

A esperança de vida na UE-27 é geralmente superior quando comparada com a maioria das outras regiões do mundo; os dados referentes a 2008 apontavam uma esperança média de vida ao nascer de 76,4 anos para os homens e 82,4 anos para as mulheres.

A análise por países revela contudo algumas disparidades entre os Estados-Membros (ano de 2009, para a maioria dos países) mostrando diferenças de 7,6 anos para as mulheres e 11,9 anos para os homens; na Bulgária as mulheres poderão viver até aos 77,4 anos enquanto na França até aos 85,0 anos, nos homens os limites ocorrem entre os 67,5 anos na Lituânia e os 79,5 anos na Suécia.

Portugal apresenta valores dentro da média europeia dos 27 estados-membros; os homens poderão viver até aos 76,5 anos, as mulheres poderão esperar viver até aos 82,5 anos (Eurostat, 2012).

Quando se analisa a esperança de vida ao nascimento e sobretudo em investigações direcionadas para o envelhecimento populacional, importa também fazer uma análise sobre a esperança de vida aos 65 anos.

Em 2009 este marcador situou-se na EU-27 nos 17,2 anos para os homens e nos 20,7 anos para as mulheres.

Os valores limítrofes entre sexos e países registaram-se nos homens entre 13,4 anos (Letónia e Lituânia) e 18,7 anos (França) e nas mulheres entre 17,0 anos (Bulgária) e 23,2 anos (França).

Portugal registou valores discretamente abaixo da média europeia; 17,1 anos para os homens e 20,5 anos para as mulheres (Eurostat, 2012).

Tendo em conta as consequências sociais e económicas que o aumento da longevidade produz nos países, existem outras medidas importantes a ter em conta nas questões demográficas ligadas ao envelhecimento, entre elas a esperança de vida sem incapacidade à nascença e aos 65 anos.

Em 2009 este indicador para os países da EU-27 era ao nascimento de 60,9 anos para os homens e 61,6 anos para as mulheres, sendo mais uma vez importante a diferença entre países em ambos os sexos.

Na Suécia os homens poderão à nascença viver 70,5 anos livres de incapacidade, ao passo que na Eslováquia essa possibilidade só ocorrerá até aos 52,1 anos.

Relativamente às mulheres observa-se que este indicador tem o valor mais elevado em Malta (70,6 anos) e o mais baixo volta a verificar-se na Eslováquia (52,3 anos).

Portugal apresenta para ambos os sexos valores inferiores à média da Comunidade, mas os homens com melhores previsões que as mulheres (58,0 anos para 55,9 anos) (Eurostat, 2012).

Quando analisamos a esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos, os valores são mais próximos entre os sexos. Na Comunidade Europeia em 2009, esse valor foi de 8,2 anos para os homens e de 8,3 anos para as mulheres.

No entanto, este índice revela também diferenças importantes entre países, cuja liderança positiva pertence à Suécia e a negativa à Eslováquia. Os homens na Suécia conseguem viver após os 65 anos, mais 13,6 anos sem incapacidade, enquanto na Eslováquia isso só poderá acontecer mais 3,4 anos. Idêntico comportamento é observado relativamente às mulheres; as suecas estão livres de incapacidade após os 65 anos, mais 14,6 anos, enquanto as eslovacas só poderão ter essa possibilidade mais 2,8 anos. Também neste indicador Portugal revela valores inferiores à média da EU-27 e novamente os homens apresentam melhor prognóstico (6,6 anos contra 5,4 anos) (Eurostat, 2012).

Relativamente ao índice de dependência dos idosos os valores para o ano de 2010, foram de 25,9% para a média da EU-27, com valores que oscilaram entre os 16,8% na Irlanda e os 31,4% na Alemanha e onde Portugal apresentou um valor de 26,7% neste índice (Eurostat, 2012).

O Envelhecimento em Portugal

Estimativas recentes indicam que no ano de 2011 a população de Portugal era a oitava mais envelhecida do mundo, mas que a manterem-se as tendências atuais de longevidade e baixa fertilidade, Portugal em 2050, poderá ocupar a segunda posição (United Nations, 2011) (Tabela 1).

Tabela 1- Populações mais Envelhecidas em 2011 e 2050 (United Nations, 2011)

Países + Envelhecidos % 60 ou + anos 2011		Países + Envelhecidos % 60 ou + anos 2050	
Japão	31	Japão	42
Itália	27	Portugal	40
Alemanha	26	Bósnia e Herzegovina	40
Finlândia	25	Cuba	39
Suécia	25	República da Coreia	39
Bulgária	25	Itália	38
Grécia	25	Espanha	38
Portugal	24	Singapura	38
Bélgica	24	Alemanha	38
Croácia	24	Suíça	37

Os resultados definitivos dos Censos 2011 (INE, 2012a)) indicam que a percentagem de jovens recuou de 16% em 2001 para 15% em 2011, mas a de idosos aumentou de 16% para 19%.

Em 2011 a estrutura etária da população acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada. Diminuiu a base da pirâmide, a qual corresponde à população mais jovem e alargou-se o topo com o crescimento da população idosa.

Na última década, Portugal perdeu população em todos os grupos etários quinquenais entre os 0-29 anos. A partir dos 30 anos a situação inverte-se e verifica-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos. O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava 51% da população residente em 2001 e passou a representar 54% em 2011. Também no grupo das idades mais avançadas se verificou um reforço da sua importância no total da população. A população com 70 ou mais anos representava 11% em 2001 e passou a representar 14% em 2011. Este crescimento reforçou-se em todas as NUTS III.

A avaliação por regiões revela que o Centro e o Alentejo detêm a maior percentagem de população idosa (22% e 24% respetivamente) e que só 4 regiões NUTS se manifestaram a favor do crescimento populacional dos jovens (Lezíria do Tejo, Península de Setúbal, Grande Lisboa e Algarve).

Relativamente às projeções demográficas e segundo o INE, 2009, a população com mais de 15 anos deverá crescer até 2040 mas a população ativa deverá diminuir a partir da década de 20. Por seu lado, a população com mais de 65 anos deverá aumentar de 19% em 2011 para 32% em 2050-2060, enquanto a população com mais de 80 anos deverá ultrapassar o valor de 1 milhão na década de 40, atingindo 1,3 milhões no final do período de projeção. O peso da população idosa (65+ anos) no total poderá aumentar de 19,2% em 2011 para 32,3% em 2060.

Por outro lado, o Eurostat publicou um conjunto de projeções demográficas para os Estados-Membros da UE, conhecido por Europop2010, das quais destacamos na Tabela 2, algumas referentes a Portugal (European Commission, 2011).

Tabela 2- Principais Variáveis Demográficas do Europop2010 para Portugal (European Commission, 2011)

	2020	2030	2040	2050	2060
População Total (em milhões)	10,7	10,8	10,8	10,6	10,2
% População 0-14 anos sobre a População Total	13,5	12,4	12,3	12,2	12,0
% População 25-54 anos sobre a População Total	41,5	38,9	35,9	34,9	33,8
% População 15-64 anos sobre a População Total	65,7	63,4	59,5	56,4	56,0
% População 65 + anos sobre a População Total	20,7	24,2	28,2	31,4	32,0
% População 80 + anos sobre a População Total	5,9	7,1	8,9	11,1	13,6
% População 80 + anos sobre a Total População ≥ 65 anos	28,6	29,1	31,6	35,2	42,4

A acontecerem estas projeções, Portugal poderá vir a ter uma pirâmide etária conforme a que apresentamos na Figura 6.

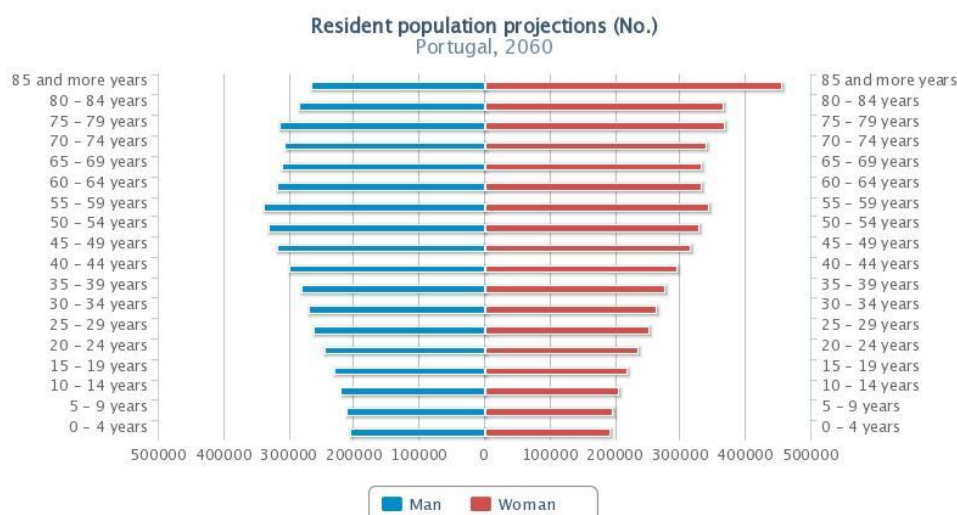


Figura 6- Projeção da Pirâmide Etária de Portugal para 2060 (INE, 2009)

Ainda relativamente às projeções para o total da população portuguesa, as Nações Unidas (United Nations, 2011), projetam uma descida da nossa população a fazer-se notar já nas próximas décadas e que se irá acentuar até 2100, conforme expresso na Figura 7.

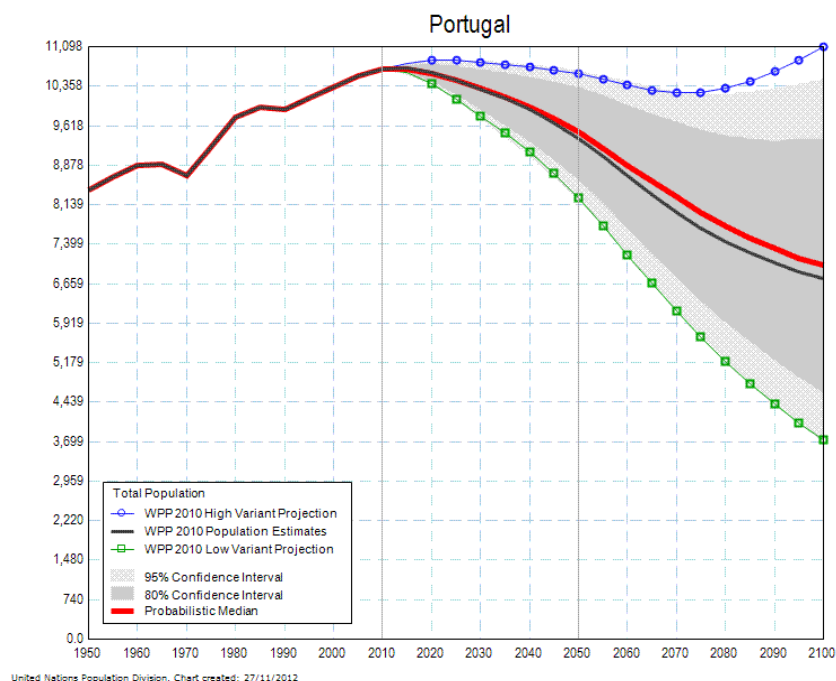


Figura 7- Projeções do Total da População de Portugal até 2100 (United Nations, 2011)

Estas alterações refletem-se no índice de longevidade (relação entre a população com 75 ou mais anos e o total da população idosa) que em 2011 foi de 48 contra 41 em 2001. O Alentejo é a região do país com o maior índice de longevidade, cerca de 52, significando que a maioria da população tem mais de 75 anos (INE, 2012a)).

O índice de envelhecimento é outro marcador demográfico que reflete estas mudanças, tendo-se agravado em 2011 para 128 (102 em 2001), significando que para cada 100 jovens existem 128 idosos. A análise regional reforça as regiões Centro e Alentejo, como aquelas cujo índice de envelhecimento é mais elevado (163 e 178 respetivamente) (INE, 2012a)).

Relativamente à taxa de fecundidade, desde 1990 que Portugal se mantém abaixo da taxa biológica necessária para manter estável o total da população. Em 1980 tivemos uma taxa de 2,25, valor que começou a decrescer para se situar presentemente em 1,32. O Eurostat (European Commission, 2011) projeta uma subida em 2020 para 1,36, valor que continuará a crescer em cada década aproximadamente 0,02, podendo vir a atingir em 2060, 1,51. As projeções das Nações Unidas apontam também para um possível crescimento contínuo, mas sempre inferior aos valores médios da europa e nunca atingindo os valores necessários à estabilidade populacional (United Nations, 2011) (Figura 8).

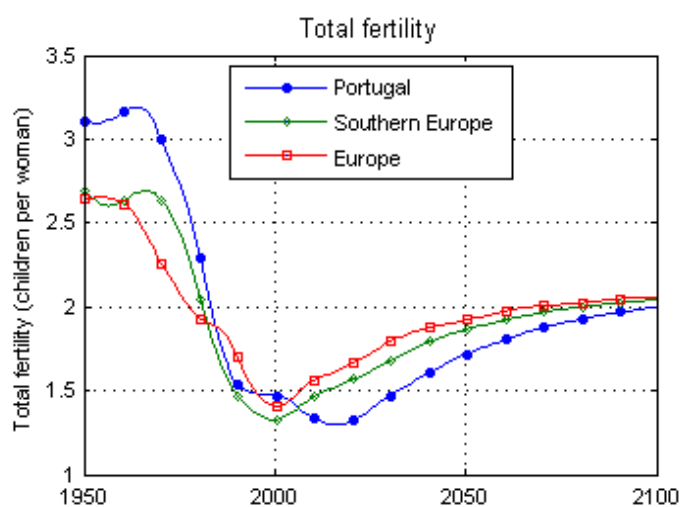


Figura 8- Projeções da Taxa de Fertilidade para Portugal e Europa até 2100 (United Nations, 2011)

Quanto à esperança de vida à nascença, Portugal nos últimos quarenta anos, aumentou em mais de dez anos os seus valores, situando-se este marcador neste momento nos 76,5 anos para os homens e em 82,5 anos para as mulheres (Tabela 3).

Tabela 3- Evolução da Esperança de Vida à Nascença em Portugal 1970-2010

Anos	Mulheres	Homens
1970	70,3	64
1980	74,8	67,8
1990	77,5	70,6
2000	79,9	72,9
2010	82,5	76,5

Este indicador deverá continuar a crescer nas próximas décadas, podendo vir a situar-se em 2050 acima dos 80 anos para os homens e acima dos 85 anos para as mulheres (United Nations, 2011).

Este aumento será superior à média europeia, mas discretamente abaixo dos países do sul da Europa (United Nations, 2011) (Figura 9).

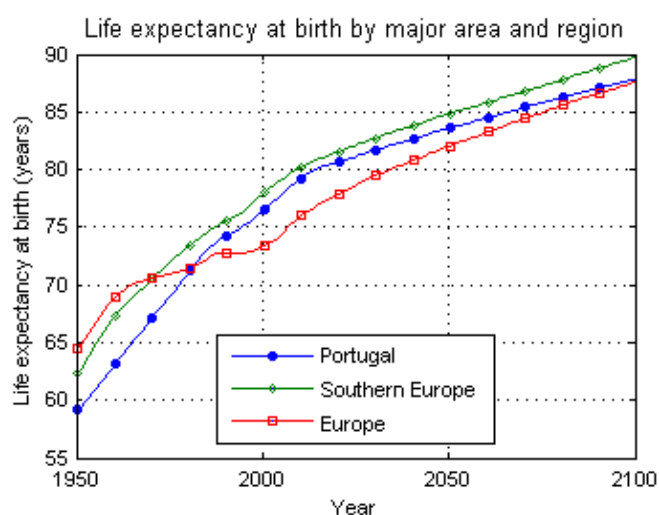


Figura 9- Evolução da Esperança Média de Vida à Nascença em Portugal, Sul da Europa e Europa, até 2100 (United Nations, 2011)

Já referimos que a esperança de vida aos 65 anos, se situa neste momento nos 17,1 anos para homens e em 20,5 anos para as mulheres, tendo este indicador melhorado muito nas últimas décadas, conforme apresentamos na Tabela 4. As projeções do EuroPop 2010 indicam que estes valores poderão crescer para 21,1 anos e 24,2 anos, respetivamente para os homens e mulheres (European Commission, 2011).

Tabela 4- Evolução da Esperança Média de Vida aos 65 anos em Portugal 1970-2010

Anos	Mulheres	Homens
1970	14,6	12,2
1980	16,1	13,4
1990	17,1	14,0
2000	18,6	15,2
2010	20,2	16,9

Quanto ao índice de dependência dos idosos no nosso país e no ano de 2010, o seu registo foi de 26,7% (Eurostat, 2012). Esse valor face às alterações demográficas a registarem-se nas faixas etárias mais velhas, poderá vir a crescer já em 2020, acima dos 30% e em 2050 poderá atingir valores superiores a 62% (United Nations, 2011) (Figura 10).

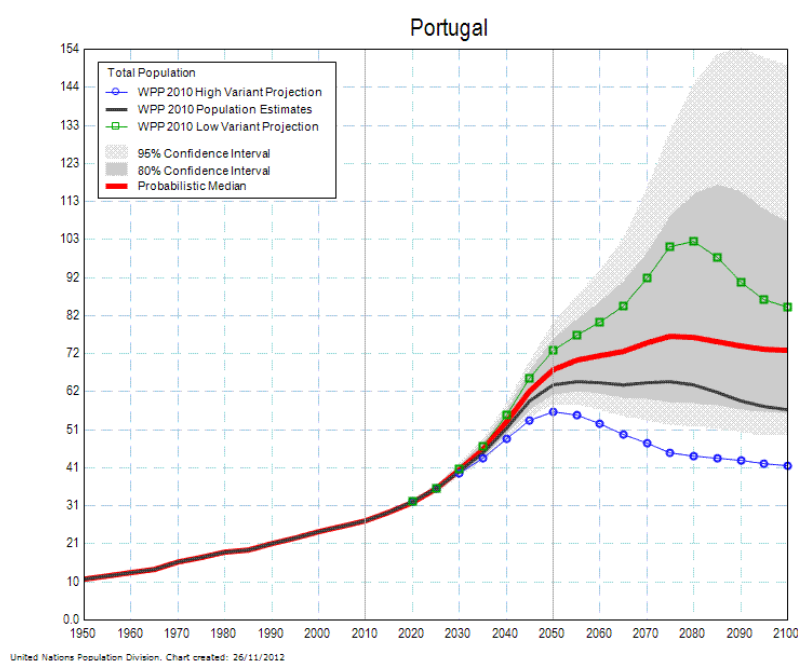


Figura 10- Evolução do Índice de Dependência dos Idosos em Portugal 1950-2100 (United Nations, 2011)

b) Envelhecimento e Saúde Pública

As mudanças observadas e perspectivadas nos indicadores demográficos apresentados, trazem oportunidades e desafios nunca antes vividos, aos sistemas e às políticas, que permitam às pessoas viver de forma independente o maior tempo possível.

É necessário planejar de forma sustentada o envelhecimento das populações, assente na garantia da minimização dos riscos e na maximização das oportunidades.

Se estes ganhos foram o resultado das diversas intervenções ao nível da saúde pública, espera-se que seja também da sua responsabilidade a intervenção para os desafios que se avizinham, centrados na manutenção e promoção da saúde dos grupos mais envelhecidos.

São vários os documentos das organizações internacionais que referem a necessidade de acompanhar este desafio pelo envelhecimento saudável, processo que respeita todas as fases do ciclo da vida, assente na saúde, participação e segurança dos indivíduos, cujo resultado final seja viver vidas mais longas mas sobretudo mais saudáveis.

E se este é um processo de mudança na vida dos indivíduos, das sociedades e dos governos, será naturalmente um processo que exige adaptações, também ao nível individual, organizacional e social.

As projeções do envelhecimento demográfico sinalizam quatro pontos-chave importantes para a saúde pública: i) o crescimento do número de idosos será enorme tanto em número absoluto, quanto no total das populações, exercendo incontornavelmente efeitos sobre os serviços sociais e de saúde; ii) o aumento dos idosos será diferente relativamente ao sexo (o aumento do número de homens será superior), produzindo também diferenciação na natureza da prestação de cuidados; iii) a população ativa envelhecerá provocando tensões no mercado de trabalho ligado aos serviços de saúde e por fim, iv) o aumento da longevidade parece ser incontornável, mas mantemos ainda incertezas quanto aos fatores que lhe poderão estar associados.

Se as intervenções sobre o envelhecimento populacional englobam os diferentes níveis de atores (indivíduos, comunidades, países e organizações internacionais), elas terão de ser também abordadas de forma transversal e intersectorial, já que os seus processos se entrecruzam e se refletem de uma forma interativa (Penrose, 2010).

Para Siegrist (2005), deverão ser três as plataformas do exercício da saúde pública nesta intervenção. A primeira diz respeito à reforma antecipada e aos seus determinantes; apesar das diferenças observadas entre os diversos países, a participação no trabalho acima dos 55 anos, teve uma queda abismal dos últimos anos. É urgente inverter esta tendência, intervindo ao nível dos principais determinantes da saída precoce do mercado de trabalho; postos de trabalho fisicamente exigentes ou de risco, com níveis baixos de autonomia, controlo e recompensa, fomentam o aumento das doenças, lesões e incapacidades relacionadas com trabalho, precipitando os indivíduos a saídas prematuras da atividade laboral. Neste plano, espera-se uma intervenção da saúde pública, com estratégias dinamizadoras de conceção, Implementação e avaliação, situadas ao nível da promoção da saúde nos locais de trabalho, que possam estimular não só o nível de saúde dos trabalhadores mais idosos, mas que produzam recompensas económicas a todos os níveis.

Atividades socialmente produtivas após a reforma constituirão o segundo polo de intervenção neste processo, ao serem dirigidas para a melhoria da saúde e do bem-estar. A literatura é unânime em considerar a associação positiva entre atividades produtivas e os níveis de auto percepção da saúde, morbilidade e até sobrevivência. Promover e dinamizar a participação social dos idosos, explorando oportunidades, motivações e produtividade, deverá ser um campo promissor da pesquisa da saúde pública.

Por fim, diminuir as desigualdades sociais ao nível da saúde. Este aspeto tende a acentuar-se com o aumento da idade e apesar de nele se englobarem fatores tão distintos quanto os socioeconómicos, comportamentais, psicossociais e genéticos, o empoderamento dos indivíduos ao nível da educação da e na saúde, será decisivo para a diminuição dessas desigualdades. Conhecer essas interações através da pesquisa

interdisciplinar será também uma tarefa desafiadora de saúde pública nas pesquisas futuras.

Estes três grandes blocos interventivos só poderão ser suportados e desenvolvidos se os responsabilizarmos por diferentes níveis de ação, sendo que esta razão é suportada por algumas evidências (Penrose, 2010): i) a população idosa é muito diversificada; os idosos não são um grupo homogêneo, que se adaptam a políticas generalistas. Não se pode padronizar os idosos como uma categoria única, mas reconhecer que essa população apresenta características tão diversas como qualquer outro grupo etário em termos de idade, sexo, educação, rendimentos ou saúde. E se existem necessidades e interesses específicos, eles também devem ser tratados de forma distinta, através de programas e modelos de intervenção adaptados a cada segmento; ii) os decisores locais estarão mais aptos para conhecer todas as diversidades associadas ao (s) processo (s) do envelhecimento; iii) esses decisores devem ser líderes na promoção de ambientes mais eficazes para um envelhecimento saudável.

A par da transição demográfica observada nas últimas décadas, cresceu e sedimentou-se outra transição, à qual os demógrafos e epidemiologistas apelidaram de transição epidemiológica, desafiadora em reflexões e ações para a saúde pública. Esta transição reflete-se fundamentalmente na doença e na incapacidade, quer pelo aumento do envelhecimento populacional, mas também devido à urbanização, ao consumo do tabaco e de dietas ricas em açúcar, gorduras e sal e ainda à inatividade física (Stuckler, 2008).

No que respeita à doença e tal como na transição demográfica, também nesta, são duas as manifestações visíveis: uma diminuição das doenças infecciosas ou transmissíveis e um aumento das doenças crónicas e degenerativas, não transmissíveis, apesar destas prevalências serem muito diferentes entre os países, conforme observamos na Figura 11 (Beaglehole & Bonita, 2008).

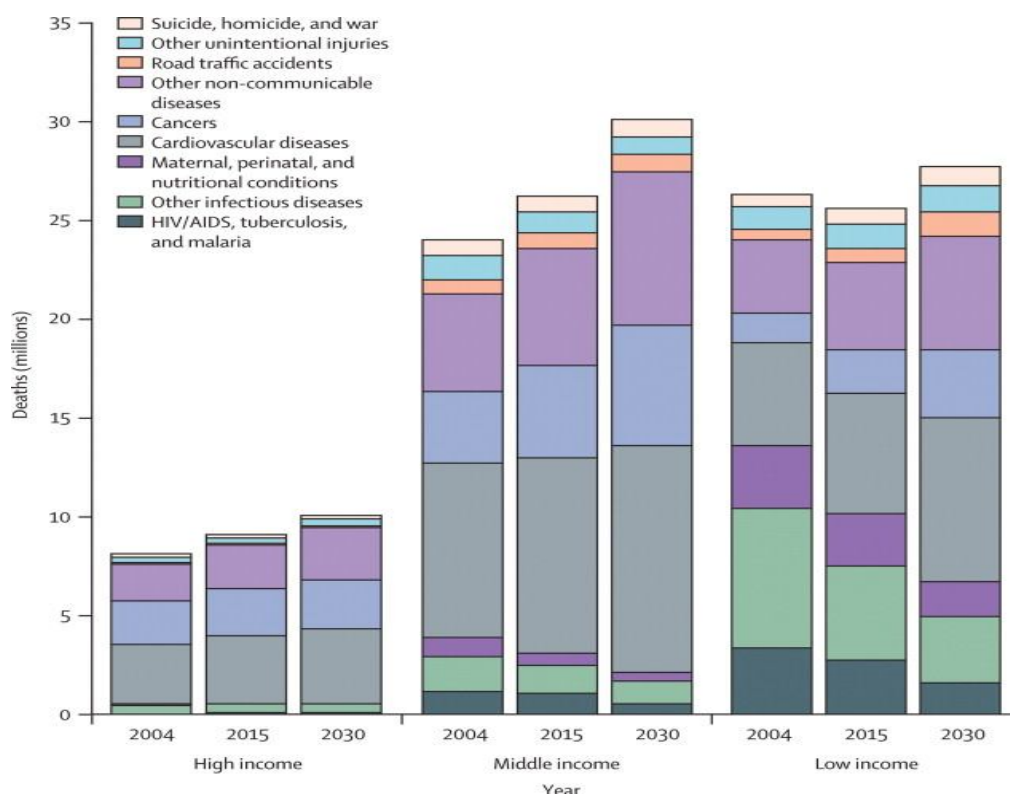


Figura 11- Projeção das causas de morte (2004, 2015, 2030) (Beaglehole & Bonita, 2008)

Embora continuemos a assistir a taxas elevadas de mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias nos países em desenvolvimento, a verdade é que existe uma tendência global para o aumento das doenças crônicas e degenerativas. Nos próximos 10-15 anos assistiremos em todo o mundo a um aumento das doenças cardíacas, doenças oncológicas e diabetes. O relatório da OMS sobre as projeções da mortalidade e das doenças para 2004-2030 adianta contudo, não ser desprezável o risco de doenças infecciosas na população idosa, resultado da senescência das funções imunitárias e homeostáticas e ainda da possibilidade de maior interação de comorbidades crônicas *versus* infecciosas (WHO, 2008).

Ainda no âmbito do aumento das doenças crônicas, importa continuar com o desenvolvimento de políticas direcionadas à sua prevenção, apostando em estratégias que aumentem a adoção de estilos de vida saudável, norteadas sobretudo pela alimentação e a atividade física, que deverão estar presentes em todos os ciclos da vida. Pois se estas doenças poderão em 2030 corresponder a três quartos de todas as causas de morte, as suas consequências ao nível da saúde das populações bem como

os encargos económicos que lhes podem estar associados serão com toda a certeza ainda mais extensivos e incomensuráveis (Beaglehole & Bonita, 2008).

Um aspeto importante e ainda relacionado com as alterações epidemiológicas da doença diz respeito às demências. Apesar de ainda serem desconhecidas muitas das causas que conduzem a esta condição, conhecemos cada vez melhor as alterações que produzem nas funções cognitivas e nas atividades e participação dos indivíduos. O risco do seu desenvolvimento cresce exponencialmente com a idade e se num futuro próximo não forem descobertas e desenvolvidas estratégias de prevenção e gestão, as demências terão um impacto importante económico e social, visível sobretudo nos cuidados de longa duração, mas também ao nível das famílias que com elas lidam diariamente (WHO, 2011).

As projeções da *Alzheimer's Disease International* estimam que em 2050 possam existir no mundo 115 milhões de pessoas com demências, sendo que esse número terá um peso mais importante nos países menos desenvolvidos (WHO, 2011).

Relativamente ao binómio envelhecimento/incapacidade, falaremos dele num capítulo posterior e de uma forma mais detalhada.

2. Uma Classificação Internacional de Funcionalidade: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)²

Quando em 2001 a 54^a Assembleia da OMS aprova a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (WHO, 2001), providencia um novo entendimento para os conceitos de *saúde*, *funcionalidade* e *incapacidade* (Cieza & Stucki, 2008), antecipando também a possibilidade de uma gama variada de estratégias para a sua divulgação e implementação; i) uma ferramenta estatística e de gestão da informação para estudos populacionais; ii) um instrumento de pesquisa para medidas de resultados da qualidade de vida; iii) um instrumento de planificação e avaliação clínica; iv) uma disciplina dos desenhos curriculares e educacionais e v) um instrumento de gestão das políticas sociais e de saúde (WHO, 2001).

² Alguns dos assuntos deste subcapítulo foram escritos em formato de artigo cuja publicação ocorreu em 2010 na Revista Portuguesa de Saúde Pública, e que se encontra no Anexo 1. Posteriormente organizámos esta informação de uma forma mais detalhada que originou já em 2014 a sua publicação em livro.

A ICF representa talvez um dos marcos mais importantes da reabilitação dos últimos 20 anos, ao descrever de forma pragmática e conceptual os descritores múltiplos da saúde, proporcionando um modelo explicativo que permite uma melhor compreensão da génese da (s) incapacidade (s), mas sobretudo de que forma esta (s) pode (m) ser diminuída (s) (Wade & Halligan, 2003).

Portugal mantém-se longe da aplicação das linhas orientadoras de desenvolvimento preconizadas pela OMS, relativamente à ICF, e excetuando a sua resolução no contexto nas *Necessidades Educativas Especiais* (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro), pouco se tem realizado ou produzido neste âmbito. Esta realidade sinaliza-nos para que iniciemos a adoção conceptual e operacional da ICF, de uma forma transversal e globalizante, sobretudo nos diferentes sectores das políticas sociais e de saúde.

a) O Modelo Conceptual da ICF

A ICF pertence à “família” das classificações internacionais para aplicação em vários aspetos da saúde, proporcionando um sistema para a codificação de uma variada gama de informações, utilizando uma linguagem padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde, entre várias áreas do conhecimento (Allet, Burge & Monin, 2008).

A compreensão e a explicação da *incapacidade* e da *funcionalidade* têm sido até hoje, recolhidas, formatadas e propostas em vários modelos conceptuais ou paradigmas do binómio saúde/doença, cujo exemplo *major* se observa na dialética *modelo biomédico versus modelo social*, sendo que tradicionalmente *saúde* e *incapacidade* se definem como conceitos exclusivos.

É a este paradigma conceptual que a ICF oferece a diferença, evitando o reducionismo dos modelos biomédico e social, ao promover uma perspetiva abrangente, integrativa e universal da *funcionalidade* e *incapacidade*, onde o indivíduo interage com o ambiente físico, social e atitudinal e onde estão perspetivadas as linhas da saúde biológica, individual e social.

Para procedermos ao entendimento da interação que a ICF oferece ao binómio condição de saúde/ambiente, importa refletir em três princípios onde esta interação se apoia e que no fundo traduzem a importância do ambiente na funcionalidade do indivíduo (Schneidert et al, 2003):

- A *universalidade*, no sentido de que todas as pessoas, independentemente da sua condição de saúde ou ambiente habitual, podem ser incluídas;
- A *abordagem integrativa*, no sentido de que ambiente e pessoa – fatores ambientais e pessoais – são integrados e considerados;
- A *abordagem interativa*, onde é reconhecido a multidimensionalidade e complexidade do fenómeno incapacidade.

O princípio da universalidade tem subjacente a importância do “fenómeno incapacidade” dever ser considerado um *continuum*, e desta forma, para cada indivíduo se necessitar estabelecer um ambiente, que sendo “universal” é também “pessoal”, onde estejam minoradas ou adaptadas as suas dificuldades, mas sobretudo eliminadas as suas discriminações e restrições (Schneidert et al, 2003).

Esta continuidade assume também que a funcionalidade e a incapacidade são fenómenos que se expandem no tempo e no espaço, não se extinguindo em conceitos categóricos, de onde resulta, que a incapacidade é um fenómeno dinâmico, fruto da interação entre os estados de saúde e os fatores contextuais (Ayuso-Mateos et al, 2006).

No entanto, o papel integrador do ambiente, carece da intervenção, da interação e da integração de outras áreas ou disciplinas, necessárias à codificação das tecnologias de apoio, enquanto qualificadoras facilitadoras dos fatores ambientais, como é sugerido por Schneidert et al, 2003.

O reconhecimento do papel primordial e central que os *fatores ambientais* têm na ICF, ultrapassam a sua importância enquanto determinantes do estado de saúde, ao poderem ser considerados não só como uma mudança ao *locus* da incapacidade, mas sobretudo pela possibilidade de serem considerados o *locus* da intervenção. Desta

forma, a compreensão e avaliação da incapacidade, ultrapassam o domínio do indivíduo, devendo ser consideradas como o resultado da interação do seu estado de saúde com os fatores ambientais, não se apresentando exclusiva de alguns grupos sociais. Considerando-se uma experiência universal, um conceito dinâmico bidirecional, em suma, alicerçando o modelo biopsicossocial onde assenta a ICF.

O esquema conceptual da ICF, mundialmente difundido e que serve de base para a Classificação, apresenta-se conforme a Figura 12.

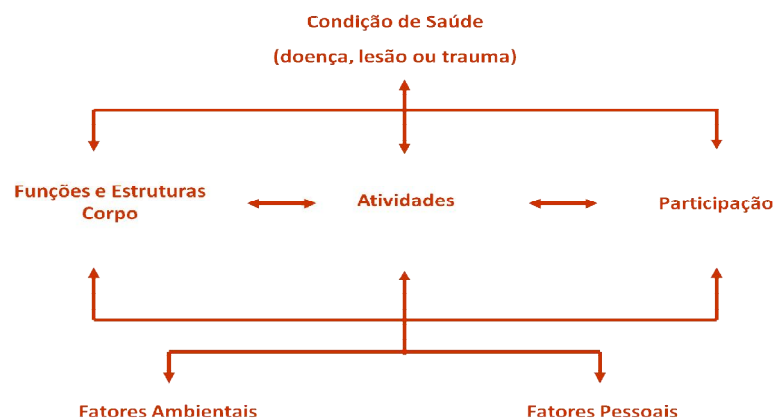


Figura 12- Modelo Conceptual da ICF (WHO, 2001)

b) A Estrutura e os Códigos da Classificação

A Classificação divide-se estruturalmente em duas partes: *Funcionalidade/Incapacidade* e *Fatores Contextuais*, sendo que cada parte possui dois componentes. Da funcionalidade/incapacidade fazem parte as *Funções e Estruturas do Corpo* e as *Atividades e Participação*, enquanto os Fatores Contextuais, abrangem os *Fatores Ambientais* e os *Fatores Pessoais*.

A ICF, tal como as outras classificações de referência da OMS, possui uma linguagem comum para a descrição da funcionalidade, classificando todos os seus componentes relevantes bem como os fatores ambientais. As condições de saúde (doenças, lesões ou traumas) são um componente integrativo do modelo e são classificadas na Classificação Internacional de Doenças/*Internacional Classification of Diseases (ICD)*. Desta forma, estas duas classificações são complementares, devendo ser aplicadas em

conjunto, para descrever a saúde ou os estados relacionados com a saúde, e o seu impacto na funcionalidade do indivíduo.

Os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em domínios, que se operacionalizam em duas listas básicas: i) *Funções* - funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas - e *Estruturas do Corpo* - partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes, classificados de acordo com os sistemas orgânicos - e ii) *Atividades* - execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, representando a perspectiva individual da funcionalidade - e *Participação* - envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade -, relacionando também os *Fatores Ambientais* que interagem com todos estes componentes (Thonnard & Penta, 2007).

Os *Fatores Contextuais* podem ser externos – *Fatores Ambientais* - ou intrínsecos ao indivíduo – *Fatores Pessoais*. Os *Ambientais* constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Referem-se a todos os aspetos do mundo externo ou extrínseco que formam o contexto de vida de um indivíduo, tendo por isso um impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa. Nestes fatores estão incluídos o mundo físico e as suas características; o mundo físico criado pelo homem, as outras pessoas em diferentes relacionamentos e papéis, as atitudes e os valores, os serviços e os sistemas sociais, as políticas, as regras e as leis. Os *Fatores Pessoais* são representados pela idade, o sexo, a educação, a profissão, entre outros, e ainda não codificados na classificação.

Assim, o termo *Funcionalidade* engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, indicando os aspetos positivos ou facilitadores, da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais, enquanto a *Incapacidade* sintetiza as deficiências ou alterações das funções e estruturas, as limitações das atividades e as restrições da participação, ou a magnitude barreira dos fatores ambientais, revelando assim os aspetos negativos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Deste modo, a incapacidade na conceptualização da ICF, não é considerada um atributo pessoal, mas o resultado de uma experiência que engloba algum (ou a totalidade) daqueles fatores.

A ICF enquanto classificação, não se limita a descrever de uma forma detalhada a incapacidade, descreve também de uma forma abrangente a possibilidade do impacto que os fatores ambientais produzem na funcionalidade do indivíduo, quer enquanto *facilitadores*, quer enquanto fatores *barreira* (Schneidert et al, 2003), sendo estes fatores que marcam a grande diferença entre as classificações anteriores e a ICF.

Os fatores ambientais na sua interação direta com o estado de saúde do indivíduo, quando se manifestam como barreira, podem mesmo produzir incapacidade, restringindo a participação e limitando as atividades, em indivíduos que em situações ambientais facilitadoras, não seriam considerados possuidores dessa incapacidade.

Ou seja, quando o contexto ambiental é acessível, quando as políticas sociais são positivas, quando as circunstâncias atitudinais são de inclusão, a experiência da incapacidade pode ser dissolvida e minorada, onde o estigma da incapacidade cede lugar à plena integração e participação social.

Van de Vem et al (2005), acrescentam ainda, que a integração obriga que se considerem elementos subjetivos, que ultrapassam a realidade ambiental. Adiantam aliás, que estes elementos subjetivos, a quem chamam também, experiências subjetivas individuais de integração, não estão mencionados na ICF, mas constituem uma importância vital para a funcionalidade e a integração social.

Reside talvez aí, a dificuldade da codificação dos *Fatores Pessoais*, não só pela sua múltipla abrangência e variabilidade, mas também enquanto processo de experiência pessoal subjetiva, enquanto processo revelador e enfatizador da experiência de vida que, tem a sua melhor manifestação no discurso narrativo, cujo processo mantém uma difícil operacionalização no contexto da classificação (Duchan, 2004).

Os componentes das *funções e estruturas, atividades e participação e fatores ambientais* estão classificados através de *categorias*. Deste modo, existe uma lista com mais de 1400 categorias, mutuamente exclusivas, que formam as *unidades da*

classificação e que estão organizadas numa estrutura hierárquica. Esta hierarquia pode adquirir quatro níveis, que se diferenciam de forma progressiva quanto à sua precisão ou especificidade do conceito e que esquematicamente se podem apresentar conforme a Figura 13.

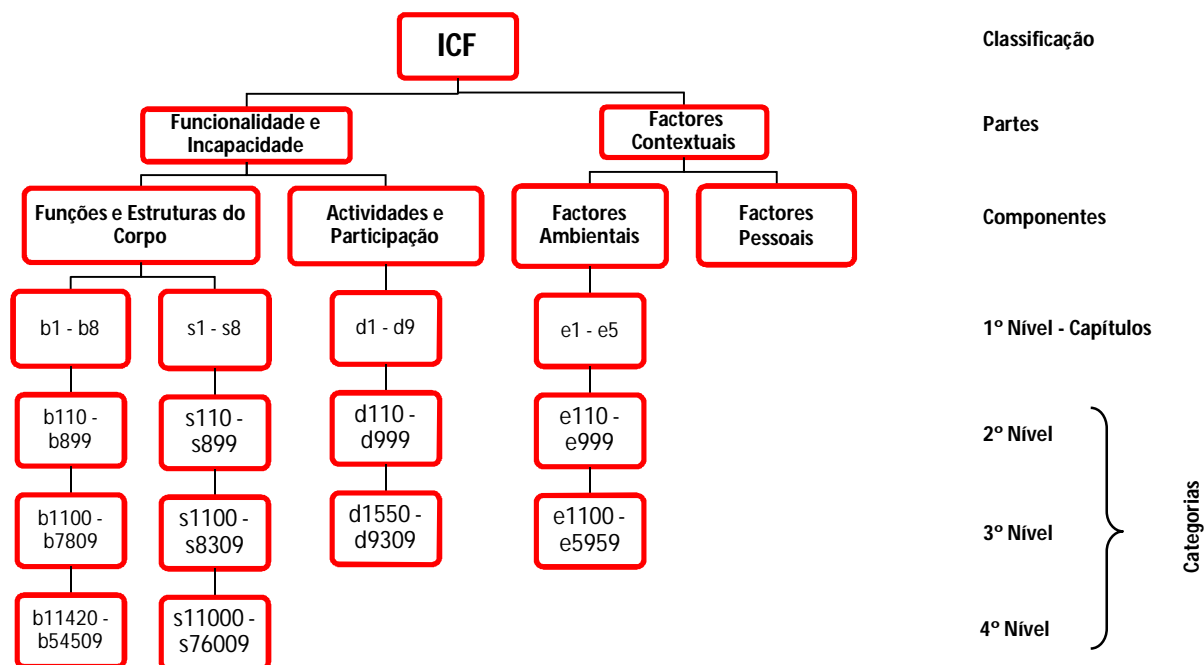


Figura 13- Estrutura da ICF (WHO, 2001)

Desta forma, as categorias são apresentadas por meio de um código alfanumérico que possibilita descrever a funcionalidade/incapacidade, tanto a nível individual quanto populacional, onde a categoria de nível mais elevado, o 4º, engloba os conceitos das categorias anteriores, conforme o exemplo da Figura 14.

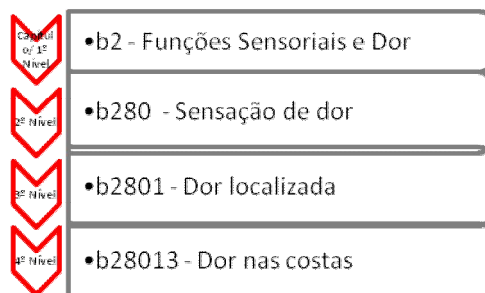


Figura 14- Categorias por níveis da ICF (WHO, 2001)

Com exceção para as Estruturas, a classificação oferece também uma definição pormenorizada de cada categoria, bem como as condições de inclusão e exclusão, o que facilita de forma inequívoca e detalhada, a opção das diferentes unidades da classificação, de acordo com o exemplo da Tabela 5.

Tabela 5 – Exemplo dos aspetos descritores de uma categoria ICF (WHO, 2001)

d510 Lavar-se
Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como por exemplo, tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, cara e cabelo; e secar-se com uma toalha.
Inclui: lavar partes do corpo, todo o corpo; e secar-se
Exclui: cuidar de partes do corpo (d520); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)

c) Os Qualificadores da Classificação

A apresentação isolada de um código tem um valor neutro. Ou seja, uma categoria para ter validade relativamente aos constructos da classificação, necessita estar qualificada quanto à magnitude ou extensão da lesão ou quanto à presença ou ausência de um facilitador ou barreira ambiental. Essa qualificação/quantificação é apresentada numa escala numérica que varia de 0 a 4, sendo comum a todos os componentes e por essa razão também designada por *qualificador Genérico*, conforme apresentamos na Tabela 6.

Tabela 6 – Escala do Qualificador Genérico da ICF (WHO, 2001)

1º Qualificador para as Funções e Estruturas do Corpo, Atividades/Participação		
xxx.0 – NÃO há Problema	(nenhum, ausente, insignificante, ...)	0 - 4%
xxx.1 – Problema LIGEIRO	(leve, pequeno, ...)	5 - 24%
xxx.2 – Problema MODERADO	(médio, regular, ...)	25 - 49%
xxx.3 – Problema GRAVE	(grande, extremo, ...)	50 - 95%
xxx.4 – Problema COMPLETO	(total, ...)	96 - 100%
xxx.8 – Não Especificado (utilizado quando a informação é insuficiente para permitir descrever a extensão do problema)		
xxx.9 – Não Aplicável (utilizado quando a categoria não é aplicável ao indivíduo. Por ex., "b650 – Menstruação", no contexto masculino)		
Qualificador dos Fatores Ambientais		
xxx.0 – NENHUM Obstáculo	xxx+0 – NENHUM Facilitador	0 - 4%
xxx.1 – Obstáculo LEVE	xxx+1 – Facilitador LEVE	5 - 24%
xxx.2 – Obstáculo MODERADO	xxx+2 – Facilitador MODERADO	25 - 49%
xxx.3 – Obstáculo GRAVE	xxx+3 – Facilitador SUBSTANCIAL	50 - 95%
xxx.4 – Obstáculo COMPLETO	xxx+4 – Facilitador COMPLETO	96 - 100%
xxx.8 – Obstáculo Não Especificado		
xxx.9 – Não Aplicável		
xxx+8 – Facilitador Não Especificado		
xxx.9 – Não Aplicável		

Em todos os componentes da *Funcionalidade* (*Funções, Estruturas e Atividades/Participação*), o primeiro qualificador descreve a extensão do problema, que vai desde a funcionalidade total (sem problema) à incapacidade completa (problema completo), incluindo também níveis intermédios de ligeiro, moderado ou grave problemas. O qualificador “Não há problema” é usado para descrever a ausência de problema, manifestando um estado ótimo ou pleno de funcionalidade.

Nos *Fatores Ambientais*, o primeiro qualificador manifesta o impacto positivo (facilitador) ou negativo (barreira) que eles exercem sobre a funcionalidade. Um *Fator Ambiental* é considerado *Barreira*, quando a sua presença ou a sua ausência exercem um impacto negativo na funcionalidade (por ex., a existência de poluição do ar na respiração, ou a inexistência de apoio na realização de tarefas domésticas). Em algumas situações, a funcionalidade ou o nível de incapacidade, ou o impacto dos *Fatores Ambientais*, não é possível ser descrito, ou por falta de informação ou por inaplicabilidade da categoria. Nessa altura, deverão ser utilizados respetivamente os códigos “.8” e “.9”.

Como já referimos anteriormente, um código ICF para ter significado, deverá incluir pelo menos um qualificador. Nesse sentido, um código, só faz sentido quando lhe aplicamos o qualificador, seguido de um ponto, por ex. *b28016.3* (*deficiência grave relativamente à dor das articulações; dor grave nas articulações*). No caso dos *Fatores Ambientais* a presença de um ponto, revela barreira, enquanto a presença do símbolo “+”, significa facilitador; por ex. *e310+4* (*facilitador completo relativamente ao apoio e relacionamentos da família próxima; o apoio e relacionamentos da família próxima são um facilitador completo*).

Com exceção para as *Funções*, existem outros qualificadores para os componentes, de acordo com o que descrevemos na Tabela 7.

Tabela 7 – Qualificadores dos Componentes e dos Fatores Ambientais da ICF (WHO, 2001)

Componente	1º Qualificador	2º Qualificador	3º Qualificador
Funções do Corpo	Extensão da Deficiência 0 =NENHUMA Deficiência 1 =Deficiência LIGEIRA 2 =Deficiência MODERADA 3 =Deficiência GRAVE 4 =Deficiência COMPLETA 8 = Não Especificada 9 =Não Aplicável	-----	-----
Estruturas do Corpo	Extensão da Deficiência 0 =NENHUMA Deficiência 1 =Deficiência LIGEIRA 2 =Deficiência MODERADA 3 =Deficiência GRAVE 4 =Deficiência COMPLETA 8 = Não Especificada 9 =Não Aplicável	Natureza da Deficiência 0 =Nenhuma Mudança na Estrutura 1 =Ausência Total 2 =Ausência Parcial 3 = Parte Adicional 4 =Dimensões Aberrantes 5 = Descontinuidade 6 =Posição Desviada 7 = Mudanças Qualitativas na Estrutura, incluindo acumulação de fluidos 8 = Não Especificada 9 =Não Aplicável	Localização da Deficiência 0 =Mais de uma Região 1 =Direita 2 =Esquerda 3 =Ambos os Lados 4 =Parte Anterior 5 =Parte Posterior 6 =Proximal 7 =Distal 8 = Não Especificada 9 =Não Aplicável
Atividades/Participação	Extensão da Dificuldade no Desempenho 0 =NENHUMA Dificuldade 1 =Dificuldade LIGEIRA 2 =Dificuldade MODERADA 3 =Dificuldade GRAVE 4 =Dificuldade COMPLETA 8 = Não Especificada 9 =Não Aplicável	Extensão da Dificuldade na Capacidade 0 =NENHUMA Dificuldade 1 =Dificuldade LIGEIRA 2 =Dificuldade MODERADA 3 =Dificuldade GRAVE 4 =Dificuldade COMPLETA 8 = Não Especificada 9 =Não Aplicável	
Fatores Ambientais	Extensão do Impacto do Ambiente 0 =NENHUM Obstáculo 1 =Obstáculo LEVE 2 =Obstáculo MODERADO 3 =Obstáculo GRAVE 4 =Obstáculo COMPLETO 8 =Obstáculo Não Especificado 9 =Não Aplicável OU 0 =NENHUM Facilitador +1 =Facilitador LEVE +2 =Facilitador MODERADO +3 =Facilitador SUBSTANCIAL +4 =Facilitador COMPLETO +8 =Facilitador Não Especificado 9 = Não Aplicável		

As *Estruturas do Corpo* podem ser qualificadas com três qualificadores (o primeiro=*extensão da deficiência*, o segundo=*natureza da deficiência* e o terceiro=*localização da deficiência*). Por ex., o código *s7501.412*, descreve uma deficiência completa (**4**) devido à ausência total (**1**) da perna (*s7501*) do lado esquerdo (**2**).

Para as *Atividades/Participação* são necessários no mínimo dois qualificadores. O primeiro reúne a informação relativa ao *desempenho*, o segundo descreve a

capacidade. O constructo *desempenho* descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente habitual, de acordo com o impacto positivo ou negativo dos *Fatores Ambientais* (incluindo todos os aspetos físicos, sociais ou atitudinais). Por seu lado, a *capacidade*, descreve a habilidade inerente ou intrínseca para a tarefa ou ação.

Para descrever a real capacidade do indivíduo, o qualificador *capacidade*, deve ser avaliado sem a presença de dispositivos de auxílio ou de assistência pessoal, que possam agir como *facilitadores* ou *barreiras*. Nesse sentido, a *capacidade* deve ser avaliada num ambiente uniforme ou padrão, que neutralize a presença dos *Fatores Ambientais*.

A diferença entre o qualificador do *desempenho* e o qualificador da *capacidade*, reflete o impacto dos *Fatores Ambientais* na funcionalidade da pessoa. Por exemplo, o código *d450.13*, descreve uma limitação grave ("**3**") na *capacidade* de "andar", mas o qualificador "**1**", indica que essa limitação é compensada por um *Fator Ambiental* (por exemplo, auxiliares de marcha), que oferecem ao indivíduo um *desempenho* superior, passando a ter uma restrição leve no *desempenho* de "andar".

A funcionalidade relativa às *Atividades/Participação* pode ser ainda mais detalhada, adicionando mais dois qualificadores: um terceiro que descreve a *capacidade com dispositivos de auxílio/assistência pessoal* e um quarto que representa o *desempenho sem esses apoios*.

Quando se descreve a *capacidade*, importa esclarecer o que se entende por assistência para avaliar esse constructo.

Quando o dispositivo de auxílio consiste numa alteração da estrutura corporal, como por exemplo um *pacemaker* ou uma prótese da anca, estes não devem ser considerados como dispositivos de auxílio; estas intervenções modificam a *capacidade* intrínseca da pessoa naquele domínio da funcionalidade e é com eles que ela deve ser considerada (Rauch, Luckenkemper & Cieza, 2012).

Por outro lado, todos os dispositivos de auxílio ou produtos de apoio, extrínsecas ao indivíduo, como talas, canadianas, cadeiras de rodas ou computadores adaptados não

devem ser considerados durante a avaliação da *capacidade*, no sentido de se entender o seu impacto na funcionalidade (Rauch, Luckenkemper & Cieza, 2012).

Outro aspeto importante prende-se com o facto de um *Fator Ambiental* poder ser em alguma circunstância ou momento, concomitantemente *facilitador* e *barreira*.

Tendo em conta que estes são sempre avaliados na perspetiva da pessoa, ela pode considerar existirem estes dois impactos na sua vida. Por exemplo, o uso de *e1101 Medicamentos* (por exemplo, analgésicos) reduz o problema relativamente a uma *Função do Corpo*, a *b280 Sensação de dor*, mas pode também provocar efeitos nefastos nesse componente, por exemplo *b5350 Sensação de náusea*.

Não existem regras rígidas na aplicação dos qualificadores, excetuando os aspetos que descrevemos, ficando a sua aplicação ao critério da experiência clínica dos seus avaliadores, assente no pressuposto que é quem possui a informação disponível para a sua utilização (Rauch, Luckenkemper & Cieza, 2012).

A opção ou ordenação dos qualificadores é realizada por um processo de ligação ou transformação, obtida a partir dos resultados com instrumentos de medida ou de avaliação estandardizados.

Desta forma, os qualificadores facilitam não só um entendimento comum sobre a funcionalidade, mas também criam um perfil dessa funcionalidade, que pode ser facilmente visualizado, conforme ilustramos na Tabela 8.

Tabela 8 – Exemplo de um perfil de funcionalidade da ICF (adaptado do Swiss Paraplegic Research)

Categorias		Qualificadores																			
		1ª Avaliação									2ª Avaliação										
		Problema									Problema										
		0	1	2	3	4					0	1	2	3	4						
b134	Funções do sono																				
b152	Funções emocionais																				
b28013	Dor nas costas																				
b710	Funções da mobilidade das articulações																				
s810	Estruturas de áreas da pele																				
d410	Mudar a posição básica do corpo	D																			
		C																			
d4153	Permanecer sentado	D																			
		C																			
d540	Vestir-se	D																			
		C																			
		Facilitador				Barreira					Facilitador				Barreira						
		4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4	4+	3+	2+	1+	0	1	2	3	4		
e110	Produtos ou substâncias para consumo pessoal																				
e115	Produtos e tecnologias para uso pessoal...																				
e120	Produtos e tecnologias destinados a facilitar...																				
e155	Arquitetura, construção, materiais...																				
e310	Família próxima																				

A linguagem comum e o esquema de sistematização codificado da classificação estendem-se aos seus qualificadores, facilitando também aí um entendimento universal para a comparação de dados.

Muitos instrumentos de medida são só conhecidos pelas respetivas especialidades profissionais, dificultando a sua interpretação por outros elementos da equipa. Por exemplo, o grau “3” do teste muscular manual, pode não ser identificado relativamente ao seu significado por todos os membros da equipa, mas se o ligarmos ao qualificador correspondente da OMS, todos poderão interpretar o significado.

d) Os Core Sets da ICF

A ICF oferece uma possibilidade operativa que permite uma avaliação normalizada e uma descrição integral da saúde e dos estados relacionados com a saúde, na vertente biológica, pessoal e social, virtuosidade que se esbate na dificuldade prática que oferece, quando nos apresenta mais de 1400 códigos, tornando morosa e impraticável a sua utilização no ambiente clínico ou avaliativo (Ustun, Chatterji & Kostanjsek, 2004).

Para contornar esta dificuldade a OMS e os seus centros colaboradores, têm desenvolvido “listagens” mais curtas que facilitam a aplicabilidade da classificação e que se adaptam às necessidades dos seus utilizadores, sem renunciar aos objetivos das investigações, das estatísticas ou dos relatórios em saúde (Cieza & Stucki, 2004). Para este cumprimento, têm sido desenvolvidos os Core Sets.

Um Core Set é uma seleção de categorias desenvolvida com base num processo científico sistematizado e estruturado. Já foram desenvolvidos Core Sets para os diferentes contextos dos cuidados de saúde (agudo, pós-agudo e continuado ou domiciliário) e para diferentes condições de saúde ou estados relacionados com a saúde (Stucki & Grimby, 2004).

Habitualmente os Core Sets incluem categorias do 2º ou 3º nível, mas em alguns deles são escolhidos capítulos inteiros (é o caso por exemplo de d5 – Auto Cuidados, no Core Set Abreviado do Traumatismo Craniano), ou então domínios (o caso de d810-d839 – Educação, no Core set das Doenças Inflamatórias do Intestino), ou ainda categorias do 4º nível (por exemplo, b28016 – Dor nas articulações, relativamente aos Core Sets Abrangente e Abreviado da Artrite Reumatoide).

Apesar dos Core Sets poderem ser aplicados em qualquer contexto, a sua maior utilização tem sido efetuada no contexto clínico, especificamente no contexto da reabilitação, onde permite organizar as categorias mais relevantes que suportam o entendimento completo e comum da funcionalidade e da incapacidade de uma determinada condição de saúde, grupo ou contexto de cuidados. Isto é, a aplicabilidade clínica dos Core Sets, concede uma descrição abrangente e interdisciplinar da funcionalidade, ajudando os profissionais na tomada de decisão sobre os seus aspetos mais relevantes, em qualquer etapa do processo de avaliação/intervenção e dentro da sua área de ação (Stucki et al, 2002).

O desenvolvimento de um Core Set assenta num processo rigoroso e sistematizado através de metodologia científica e organizado por diferentes fases, conforme a Figura 15.

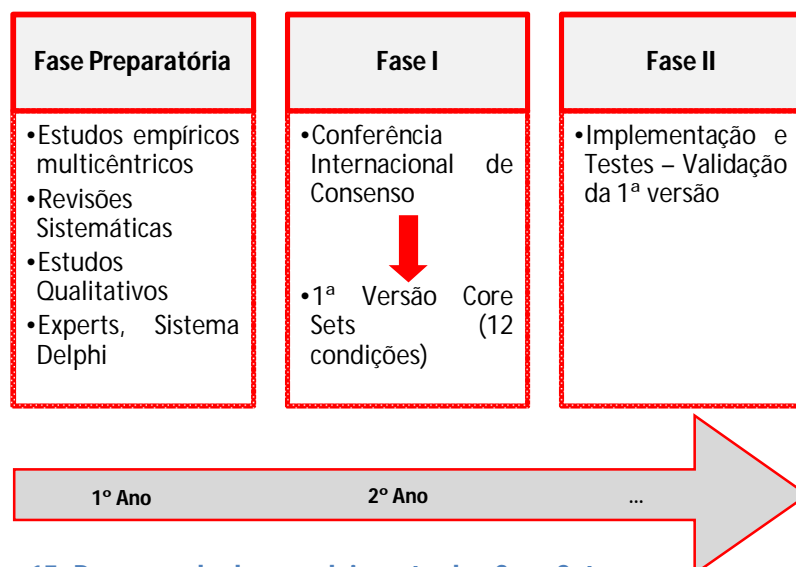


Figura 15- Processo de desenvolvimento dos Core Sets (adaptado do ICF Research Branch)

Na primeira fase, ou fase preparatória, procura-se reunir a evidência a partir de quatro processos metodológicos: estudos multicêntricos, revisões sistemáticas da literatura, estudos qualitativos e avaliação por *experts*. Os estudos experimentais multicêntricos identificam os problemas mais comuns relativos ao grupo alvo, identificados pela *Checklist*³; as revisões sistemáticas organizam a informação científica internacional disponível para determinada condição de saúde, grupo ou contexto de cuidados de saúde; a avaliação por *experts* consiste na identificação dos problemas mais relevantes, tendo em conta a sua prática e especialização profissional.

Enquanto estas metodologias de investigação dizem respeito à perspetiva dos investigadores e profissionais, os estudos qualitativos refletem a visão dos utentes/clientes com aquelas condições.

Os resultados da fase preparatória são o ponto de partida para a fase seguinte; a fase da tomada de decisão estruturada e do processo de consenso, através de uma

³ A *Checklist* discrimina as 152 principais categorias que identificam os problemas mais comuns em pacientes com condições crónicas de saúde (Ewert *et al.*, 2004). Tem sido adotada em diversos estudos (Nieto-Moreno *et al.*, 2006; Ayuso-Mateos *et al.*, 2006), demonstrando uma descrição completa sobre a sintomatologia e a funcionalidade dos grupos de pacientes onde foi testada, sendo também a ferramenta de avaliação proposta pelo projeto europeu MHADIE (*Measuring Health and Disability in Europe*), cujos resultados recomendaram a utilização da ICF pelos diferentes sectores, incluindo a saúde e a educação.

conferência internacional, na qual profissionais e *experts* decidem quais as categorias que deverão fazer parte da 1ª versão do Core Set.

Inicia-se então o seu processo de validação que inclui as perspetivas dos diferentes grupos profissionais e dos utentes/clientes, assente em tratamentos estatísticos específicos, sendo nesta fase que estão alguns dos Core Sets criados até hoje.

Importa referir que um Core Set reúne uma lista das categorias mais importantes da classificação para a avaliação/intervenção de indivíduos com uma determinada condição de saúde ou determinado contexto de cuidados, mas não impede que lhe possam ser adicionadas categorias, se assim for necessário, tendo em conta os objetivos a atingir.

Outro aspeto importante a salientar, diz respeito à sua praticabilidade; um Core Set não transmite a informação de “como medir/avaliar” as suas categorias integrantes (“*how to measure*”); ele aponta no sentido de saber o “que medir/avaliar” (“*what to measure*”).

Até à data, foram organizados 31 Core Sets, sendo que a maior parte em condições específicas de saúde ou em contextos de cuidados específicos (Ptyushkin, Selb & Cieza, 2012), de acordo como apresentamos na Tabela 9. Existem outros em desenvolvimento como por exemplo, os Core Sets para a perda auditiva e a amputação do membro inferior.

Tabela 9 – Os Core Sets disponíveis (adaptado de Ptyushkin, Selb & Cieza, 2012)

Cuidados Agudos	Cuidados Pós-Agudos	Cuidados Longa Duração
Condições Neurológicas	Condições Neurológicas	Esclerose Múltipla AVE (e também condições cardiopulmonares) Traumatismo Craniano
	Lesão Vertebro Medular	Lesão Vertebro Medular
Condições Cardiopulmonares	Condições Cardiopulmonares	Doença Cardíaca Isquémica Crónica Diabetes Obesidade DPOC
Condições Músculo-esqueléticas	Condições Músculo-esqueléticas	Espondilite Anquilosante Dor Crónica Lombalgia Osteoartrite Osteoporose Artrite Reumatoide
Artrite Inflamatória Aguda		
	Pacientes Geriátricos	
		Doença Bipolar Depressão Cancro da Mama Condições da Mão Doenças Inflamatórias do Intestino Sono
	Reabilitação Vocacional	

Relativamente ao contexto de aplicação, os Core Sets podem ser adequados ao contexto agudo, pós-agudo ou de longa duração. Os Core Sets para os cuidados agudos têm em conta os cuidados que são prestados no período imediatamente a seguir à lesão ou trauma e que precedem os cuidados pós-agudos. A permanência numa unidade deste tipo é habitualmente curta e centra-se na resolução dos problemas mais urgentes da funcionalidade, cuja identificação é oferecida pelos Core Sets, que permitem ao mesmo tempo, a organização dos cuidados seguintes. Possuem habitualmente um conjunto menos numeroso de categorias, concordante com o contexto onde se aplicam.

Os Core Sets para os cuidados pós-agudos referem-se a qualquer ambiente (hospital de agudos, centros de reabilitação, cuidados no ambulatório) e referem-se ao espaço temporal onde começam e acabam os primeiros cuidados globais da reabilitação. Neste estadio, todos os aspetos potencialmente relevantes da funcionalidade são tidos em conta, no sentido da sua otimização. Neste contexto, os Core Sets têm demonstrado ser uma ferramenta importante na uniformização de relatórios e do

processo de avaliação centrado no paciente/cliente numa perspetiva interdisciplinar (Grill et al, 2005a)).

Os Core Sets no Contexto dos Cuidados de Longa Duração

Por fim, os Core Sets dos cuidados de longa duração dizem respeito ao período durante o qual uma pessoa com uma condição de saúde a viver na comunidade, recebe cuidados quer de saúde, quer de outro tipo, de forma recorrente. Este tipo de Core Sets relaciona-se com condições de saúde, habitualmente crónicas e prolongadas, devendo ser usado na fase final do processo de reabilitação e na comunidade (Cieza et al, 2010). Envolvem não só profissionais de saúde, mas todos aqueles que possam estar envolvidos na integração do indivíduo na comunidade, como sejam, técnicos do serviço social, empregadores, família ou amigos. Nesse sentido, a linguagem e o entendimento comum da funcionalidade que a ICF oferece, facilita a abordagem de todos os intervenientes. Nesta fase ou neste contexto, os Fatores Ambientais têm uma importância fulcral, enquanto decisores da plena integração do indivíduo.

Todos estes Core Sets podem ser aplicados quer de forma isolada, quer em conjunto. Um desses exemplos é o que diz respeito ao Core Set da Reabilitação Vocacional (Escorpizo et al, 2010). Um dos aspetos primordiais e finais do processo de reabilitação implica a participação e a reintegração do indivíduo na vida laboral. Este Core Set facilita a abordagem interdisciplinar deste processo, onde está reunida a informação necessária para avaliação e otimização dos programas de integração vocacional, por parte de todos os intervenientes: equipa de saúde, seguradoras ou decisores políticos, devendo ser aplicado quer no contexto pós-agudo, quer no contexto de longa duração.

Todos estes Core Sets que descrevemos são avaliados por profissionais de saúde e por todos aqueles que possam estar envolvidos no processo de reabilitação, integração e reinserção (Grill et al, 2005a); Grill et al, 2011a)). Tendo em conta que são habitualmente listagens longas, aconselha-se que os domínios/categorias sejam distribuídos por cada profissional, em função da sua especialização e de acordo com a intervenção e os objetivos pretendidos (Ptyushkin, Selb & Cieza, 2012). Toda esta informação pode ser reunida numa tabela, a chamada Tabela da Intervenção

(*Intervention Table*), à qual ainda se podem acrescentar os valores iniciais da funcionalidade, aquilo que se pretende alcançar e ainda o resultado final.

Na Tabela 10 apresentamos um exemplo de uma Tabela da Intervenção (Swiss Paraplegic Research).

Tabela 10 – Tabela da Intervenção baseada na ICF (adaptado do Swiss Paraplegic Research)

	Intervenção Alvo	Estratégia	Méd ¹⁾	Enf ²⁾	Ft ³⁾	TO ⁴⁾	Psicól ⁵⁾	Téc SS ⁶⁾	Arquit ⁷⁾	Valor Inicial	Objetivo Final	Valor Final
Funções/Estruturas do Corpo	b28013 Dor nas Costas	Correção postural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Adaptação à Cadeira Rodas (CR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		Controlo Posição Sentada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	0	1
		Medicação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	b415 Funções Vasos Sanguíneos	Compressão, medicação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0	0
	b420 Funções Pressão Arterial	Compressão	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0
	b7101 Mobilidade várias Articulações	Mobilização Passiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	1
	b755 Funções Reações Motoras Involuntárias	Treino de Equilíbrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0
	b7800 Sensação Rigidez Muscular	Alongamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0
	b810 Funções Protetoras Pele	Inspeção Diária	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	0	0
Atividades /Participação	d410 Mudar Posição Básica Corpo	Treino de Sentar/Levantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0
	d4153 Permanecer Sentado	Treino de Equilíbrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	0
	d4200 Auto Transferir-se na Posição Sentado	Treino de Transferências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	1	1
	d465 Deslocar-se em CR	Treino em CR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	1	1
	d510 Lavar-se	Assistência/Educação	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0
	d520 Cuidar Partes Corpo	Assistência/Educação	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	1
	d5300 Regulação Micção	Assistência/Educação	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0
	d5301 Regulação Defecação	Assistência/Educação	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0
	d540 Vestir-se	Assistência/Educação	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	0	0
	d9201 Desportos	Exercício/Adaptação Desporto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	2	2
Fatores Ambientais	e1151 Produtos Assistivos: almofada CR	Controlo da Almofada na CR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-2	0	0
	e1201 Produtos Assistivos Mobilidade Pessoal: CR e Carro Adaptado	Treino em CRs e Carro Adaptado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3	-2	-2
	e155 Arquitetura, Construção, Materiais, Tecnologias Prédios Privados	Planeamento e Reconstrução da Habitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-3	-2	-2
	e5700 Serviços Relacionados Segurança Social	Organização dos Subsídios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	0	4+	2+
Fatores Pessoais	Conhecimento	Ensino, Consultoria, Palestras	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	2+	2+
	Aceitação/ Coping	Treino Comportamental	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	0	1+
	Situação											

1) Médico; 2) Enfermeiro; 3) Fisioterapeuta; 4) Terapeuta Ocupacional; 5) Psicólogo; 6) Técnico Serviço Social; 7) Arquiteto

Quanto à tipologia os Core Sets podem ser considerados Abrangentes ou Abreviados. Os Core Sets Abrangentes incluem as categorias que refletem o espectro total dos problemas típicos associados a determinada condição de saúde, ou num contexto específico. Servem como *checklists* para os profissionais, no sentido de os auxiliarem a

descrever os aspetos da funcionalidade que possam ser suscetíveis de apresentarem problemas para o utente. Devido ao facto de serem exaustivos relativamente ao número de categorias, devem ser utilizadas por uma equipa interdisciplinar.

Os Core Sets Abreviados derivam dos Abrangentes e são compostos por aquelas categorias que devem ser tidas em conta para todos os pacientes com determinada condição de saúde ou em determinado contexto, captando a essência da experiência pessoal da funcionalidade e da incapacidade. Nesse sentido, estes Core Sets devem ser utilizados quando se pretende uma avaliação breve da funcionalidade (por exemplo, em cuidados primários ou quando a avaliação é realizada por um único profissional). Servem portanto como ponto de partida do processo de avaliação básica de uma condição ou contexto; como o padrão mínimo necessário mas eficiente, para descrever a funcionalidade e a incapacidade na prática clínica e em estudos epidemiológicos.

Ao contrário do desenvolvimento dos Core Sets de que falámos até agora, existe um Core Set que foi desenvolvido a partir de estudos psicométricos (Cieza et al, 2006), trata-se do Core Set Genérico. Contém sete categorias que foram consideradas como sendo as que melhor diferenciam os vários níveis de funcionalidade em qualquer condição de saúde e em qualquer contexto. Ele é considerado como tendo uma grande importância nas estatísticas de saúde e na saúde pública. Pode ser usado na comparação de resultados entre diferentes condições de saúde, contextos, países e grupos populacionais, pois reúne os indicadores chave do nível de funcionalidade e de saúde. Como este Core Set permite a comparação de resultados entre diferentes condições de saúde, a OMS recomenda que seja sempre avaliado em conjunto com os outros Core Sets (Ptyushkin, Selb & Cieza, 2012). Quando utilizado nestas circunstâncias, permite a informação sumária da funcionalidade, devendo ser apresentado na primeira página dos relatórios, para que se tenha no imediato uma visão geral do nível da funcionalidade do indivíduo ou do grupo populacional em estudo. Na Tabela 11 apresentamos a sua constituição.

Tabela 11 – O Core Set Genérico (adaptado de Ptyushkin, Selb & Cieza, 2012)

Funções do Corpo		Deficiência				
		0	1	2	3	4
b130 Funções da Energia e dos Impulsos						
b152 Funções Emocionais						
b280 Sensação de Dor						
Atividades/Participação		Restrição/Limitação				
		0	1	2	3	4
d230 Realizar a Rotina Diária	D					
	C					
d450 Andar	D					
	C					
d455 Deslocar-se	D					
	C					
d860 Transações Económicas Básicas	D					
	C					

Pela forma como descrevemos os Core Sets, podemos concluir que são ferramentas versáteis sendo essenciais para a otimização da sua aplicação, que sejam escolhidos em função dos objetivos que se pretende atingir.

Conhecer muito bem esse propósito, facilitará a seleção adequada do Core Set a ser utilizado, ou a sua criação e desenvolvimento.

e) Aplicabilidade Clínica da ICF e dos Core Sets

Os estudos da aplicabilidade clínica da ICF tem sido aferida através quer de estudos de calibração com outros instrumentos, quer de estudos de comparação conceptual (Cieza e Stucki, Ustun & Melvin, 2005; Rejeski *et al.*, 2008; Noonan *et al.*, 2009) e ainda na gestão de registos individuais ou de unidades clínicas (Rentsch *et al.*, 2003; Rauch, Cieza & Stucki, 2008; Reed *et al.*, 2009).

Ao descrever de forma multidimensional a funcionalidade dos indivíduos e das populações, a ICF tem-se revelado uma ferramenta muito importante em Saúde Pública, evitando o reducionismo do diagnóstico, complementando os indicadores que tradicionalmente se utilizam para medir a mortalidade ou a morbilidade, através de uma linguagem internacional uniformizada, que descreve a saúde e as dimensões que com ela se relacionam, na promoção de um marco comum para a medição de resultados (Fernández-López *et al.*, 2009).

Também na prática clínica de diversas especialidades, a ICF tem-se revelado muito útil no processo de avaliação e na tomada de decisão, facilitando a comunicação não só

entre os membros das equipas multidisciplinares, mas sobretudo entre os pacientes, os cuidadores e os técnicos de saúde (Bruyère, Van Looy & Peterson, 2005; Stucki e Cieza, 2008; Jelsma, 2009).

Esta participação ativa e dialogante do paciente durante o processo de avaliação e tomada de decisão são facilitadas pela ICF através da sua linguagem universal, abrangente e integradora, cujo processo operativo se apelidou *Rehabilitation Problem Solving - RPS-Form* (Steiner *et al*, 2002), conforme apresentamos na Figura 16.

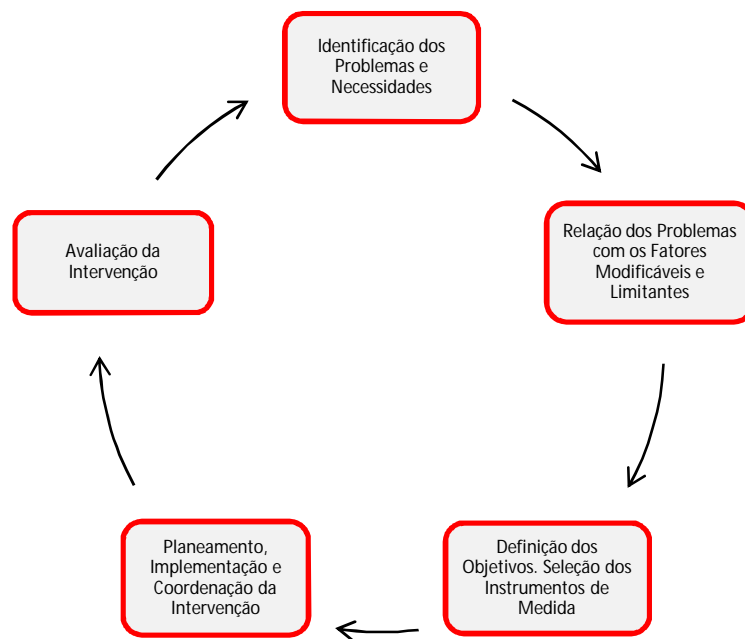


Figura 16- O Rehab-Cycle (adaptado de Steiner *et al*, 2002)

O *RPS-Form* é uma versão modificada do *Rehab-Cycle* desenvolvido por Stucki e Sangha (Stucki & Sangha, 1998), que permite orientar o profissional de saúde numa sequência lógica de atividades.

O objetivo final deste sistema de gestão da reabilitação é atingir o sucesso da resolução dos problemas do indivíduo. O *Rehab-Cycle* envolve a identificação dos problemas e necessidades do indivíduo, relacionando esses problemas ou necessidades com os seus fatores relevantes pessoais e ambientais, a definição dos objetivos a atingir, o planeamento e implementação das intervenções, e a avaliação dos seus efeitos.

Trata-se de um processo avaliativo, de tomada de decisão centrado no indivíduo, composto por duas partes: uma, que pertence à visão do paciente, onde este manifesta as suas alterações, limitações ou restrições e outra esquematicamente igual, onde a equipa de cuidados, introduz objetivamente o que diagnosticou referindo-se de igual forma, a esses diferentes domínios da funcionalidade.

As queixas do indivíduo são relacionados e interpretadas com as alterações detetadas pela equipa, no sentido de se atingirem os seus objetivos e/ou necessidades. Na Figura 17 apresentamos um exemplo prático da aplicabilidade deste registo/avaliação (Steiner et al, 2002).

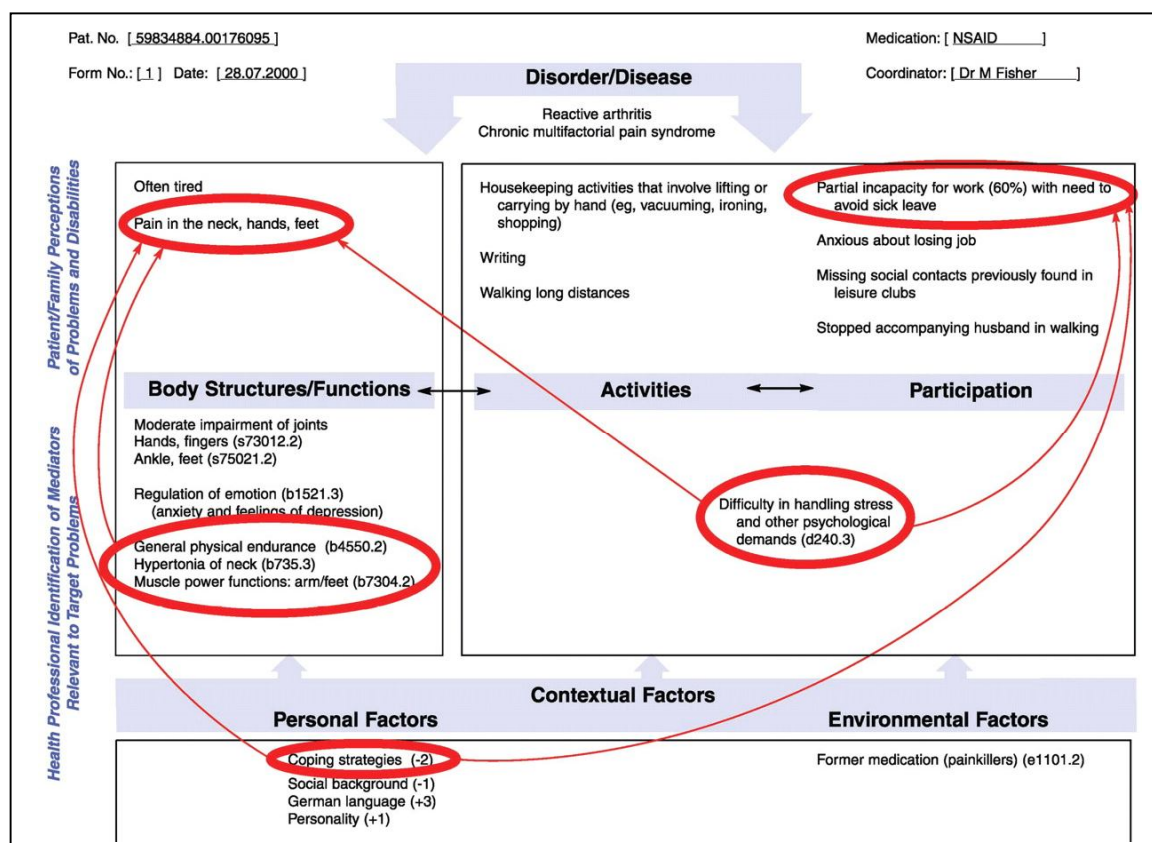


Figura 17- Aplicação do Rehab-Cycle (adaptado de Steiner et al, 2002)

A aplicação deste modelo de avaliação/intervenção tem o apoio dos Core Sets enquanto ferramentas descritoras da funcionalidade, sendo que esta deve ser o núcleo, o centro, de qualquer avaliação clínica, de qualquer atribuição de cuidados, de qualquer planeamento, intervenção ou avaliação de resultados.

Ou seja, os Core Sets permitem uniformizar, estruturar e descrever a funcionalidade, quer relativamente à avaliação/intervenção, quer relativamente aos resultados, e de uma forma mais extensiva oferecem informação para a pesquisa e para relatórios e estatísticas em saúde. O processo de ligação entre os diferentes métodos de avaliação e as categorias da ICF está reunido num conjunto de regras que descreveremos no capítulo dos materiais e métodos.

f) Aplicabilidade da ICF na Saúde Pública

A importância e os benefícios que a ICF tem oferecido à Saúde Pública têm-se centrado fundamentalmente na uniformização dos conceitos e consequentemente dos dados epidemiológicos, relativamente à funcionalidade/incapacidade das populações.

Tem sido difícil comparar resultados entre países relativamente a estes aspetos, pois a sua definição ou o seu enquadramento são muito diversos. Alguns explicam-na a partir do desempenho para o trabalho ou outra atividade social, enquanto outros a enquadram exclusivamente ligada às consequências das doenças (European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs, Department of Social Security and Social Integration, 2002).

Os inquéritos às populações sobre incapacidade centram-se em poucas variáveis da funcionalidade; utilizam basicamente as ligadas às limitações das atividades básicas da vida diária, tornando difícil uma correta avaliação da funcionalidade conforme a reconhecemos hoje, e sobretudo não permitindo a identificação de grupos ou populações com incapacidades emergentes (Leonardi et al, 2012).

Tendo em conta que as decisões políticas e sociais se devem basear e apoiar em dados fidedignos que permitam uma formulação de políticas baseadas na evidência - *“evidence-informed policymaking”* – é imperativo que as investigações assentem em critérios corretos de elegibilidade que permitam essas decisões (Leonardi et al, 2010).

Nesse sentido, as necessidades dos serviços, a atribuição de benefícios por incapacidade, o desempenho para o trabalho ou a integração social, deverão ser diagnosticados pela multidimensionalidade da funcionalidade dos indivíduos e/ou das populações, ao invés de serem avaliados pela redutora condição de saúde.

Dirigidos por este sentido, alguns países têm vindo a desenvolver estudos epidemiológicos sobre a funcionalidade/incapacidade das suas populações, quer de forma isolada, quer em conjunto, como é o caso dos projetos MHADIE (*Measuring Health and Disability in Europe*) e MURINET (*Multidisciplinary Research Network on Health and Disability in Europe*).

O *Centro Controllo Malattie*, em Itália, desenvolveu um protocolo para avaliar indivíduos com incapacidade severa, baseado na ICF e nos seus qualificadores, testando-o numa amostra de 1051 indivíduos (Leonardi et al, 2012). O estudo permitiu selecionar e descrever o perfil de funcionalidade dos indivíduos com incapacidade severa, de forma independente relativamente aos fatores ambientais (Leonardi et al, 2012). Ainda em Itália, foi avaliado o perfil de incapacidade de indivíduos com pensão por invalidez, com recurso à ICF. O estudo com 742 indivíduos revelou que os componentes *Atividades/Participação* e *Fatores Ambientais* são importantes na descrição deste tipo de população (Leonardi et al, 2009).

No Reino Unido a partir dos dados recolhidos pelo *British Women's Heart and Health Study* (estudo prospetivo iniciado em 1999 e envolvendo mulheres de 23 cidades do Reino Unido), realizou-se uma avaliação prospetiva com 4157 mulheres entre os 64 e os 83 anos, com o objetivo de determinar a associação entre a incapacidade nos diferentes domínios da ICF e o risco de mortalidade (Dale et al, 2012). Os resultados sugeriram que a incapacidade em atividades complexas e a restrição na participação social, podem identificar um risco superior de mortalidade em mulheres idosas (Dale et al, 2012).

Em Espanha, o *Centro de Investigación Biomédica en Red sobre Enfermedades Neurodegenerativas*, relacionou os domínios do componente *Atividades/Participação* com os resultados obtidos no Inquérito Nacional de Incapacidades, Independência e Situações de Dependência de 2008 (*Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia - EDAD 2008*), com o objetivo de estimar os níveis de incapacidade da população de acordo com a ICF (Maierhofer et al, 2011). Os autores concluíram que apesar do *EDAD 2008* não conter dados suficientes relativamente aos domínios das *Atividades/Participação*, foi possível determinar os

diferentes níveis de incapacidade para as atividades da vida diária (Maierhofer et al, 2011).

Além deste estudo, têm sido realizadas em Espanha várias investigações com os diferentes instrumentos operacionais da ICF sobre a prevalência da incapacidade nas doenças crónicas (de Pedro-Cuesta et al, 2011), na população rural (de Pedro-Cuesta et al, 2010) ou os determinantes da incapacidade na população idosa (Virués-Ortega et al, 2011a); Virués-Ortega et al, 2011b)).

Também na Suíça se desenvolveu uma investigação com o seu Inquérito Nacional de Saúde de 2007 (*Swiss Health Survey 2007*) e alguns domínios da ICF. Com uma amostra representativa de 10.336 mulheres e 8.424 homens, o estudo procurou determinar a associação entre o *status* socioeconómico, a integração social e a auto perceção de saúde com três domínios fundamentais da funcionalidade (Reinhardt et al, 2012). Os resultados demonstraram que o *status* socioeconómico e a integração social relacionam-se significativamente com a funcionalidade e a auto perceção de saúde, da mesma forma que a incapacidade nas *Atividades/Participação* se relaciona com a dor e outras deficiências das funções (Reinhardt et al, 2012). Foi ainda possível encontrar desigualdades sociais importantes relativamente à funcionalidade e à auto perceção de saúde, levando os autores a concluir que os fatores sociais são determinantes na funcionalidade e na saúde dos indivíduos, mesmo em países desenvolvidos e de renda elevada como a Suíça (Reinhardt et al, 2012).

Um estudo desenvolvido na Suécia associou os domínios da ICF à auto perceção do estado de saúde na população idosa urbana e rural (Arnadottir et al, 2011a), bem como à auto perceção associada à participação (Arnadottir et al, 2011b). Também na Suécia foi testada a viabilidade da ICF poder ser aplicada na avaliação da incapacidade por ausências prolongadas ao trabalho (Morgell et al, 2011).

O projeto MHADIE, financiado pela Comissão Europeia para o período 2004-2008, e integrando cinco países (Itália, Espanha, República Checa, Alemanha e Eslovénia), permitiu a recolha de dados e a sua operacionalização, ao nível dos cuidados primários e de centros de pesquisa e reabilitação, em 1200 indivíduos (Leonardi, 2010; Leonardi et al, 2010). Foram três os objetivos do projeto: i) utilizar a ICF como estrutura para a

análise de inquéritos populacionais de saúde e de dados estatísticos na educação; ii) demonstrar que o modelo ICF é adequado para descrever e medir padrões de incapacidade em amostras clínicas de diferentes países, podendo ser utilizado na clínica, na reabilitação e na educação; iii) permitir a produção de recomendações e diretrizes políticas para o desenvolvimento e tratamento de dados nestas áreas (Leonardi, 2010; Leonardi et al, 2010).

Deste projeto multicêntrico emergiram treze recomendações específicas e quatro gerais: i) a necessidade de coordenar e integrar o conceito de incapacidade em todos os níveis de decisão política e em todos os setores; ii) a necessidade de realizar estudos de coorte longitudinais que incluam crianças dos 0 aos 6 anos; iii) a necessidade de revisão das políticas de transporte em função das necessidades das pessoas com incapacidade; iv) a necessidade de revisão de todas as políticas sobre a incapacidade, onde seja realçado e apoiado o papel da família, enquanto fator ambiental facilitador consistente e significativo na vida das pessoas com incapacidades (Leonardi et al, 2010).

Por seu lado, o projeto MURINET (*Multidisciplinary Research Network on Health and Disability in Europe*) desenvolvido entre 2007 e 2010, envolveu uma equipa multidisciplinar de treze instituições académicas e de pesquisa, de sete países europeus, com o objetivo principal de aplicar o modelo da OMS operacionalizado pela ICF em diferentes contextos, no sentido de desenvolver políticas para melhorar a saúde e a funcionalidade da população europeia, projetadas sobretudo para o aumento da participação dos indivíduos com incapacidade, por meio da facilitação ambiental ou aumento da sua capacidade funcional (Andronache et al, 2012). As pesquisas focaram quatro áreas de investigação: i) clínica e reabilitação, ii) saúde infantil, psicologia e educação, iii) informações para o desenvolvimento de políticas para a saúde e a incapacidade e iv) ética e direitos humanos (MURINET, 2011).

g) Aplicabilidade Político-social da ICF

São vários os países que têm adotado a ICF no enquadramento das alterações legislativas ou políticas e de regulação social no âmbito dos subsídios de incapacidade,

sistemas de pensões, políticas de trabalho ou de reformas das pessoas com incapacidades.

A Alemanha, um dos países europeus mais dinamizadores da implementação e divulgação da ICF, desde 2004 que baseia o seu regime de pensões na classificação, apesar das dificuldades iniciais de tradução relativamente aos seus conceitos e constructos (Schuntermann, 2005). Da mesma forma, os reembolsos cedidos pelas companhias de seguro e os seguros de dependência são concretizados através da avaliação feita pela Classificação (Ferreira, Castro & Buchalla, 2014).

A Austrália é outro país que tem colaborado assiduamente com a OMS, através do seu centro colaborador, na operacionalização dos conceitos da classificação em áreas emergentes como as compensações por acidente, reabilitação ou cuidados continuados e ainda no desenvolvimento de um guia de utilização, traduzido em várias línguas, nomeadamente português (Perry et al, 2004).

Nos Estados Unidos da América a Classificação tem sido adotada em estudos estatísticos, registos clínicos e administrativos, bem como nos sistemas subsidiários de cuidados de saúde (Reed et al, 2005).

A atualização de dados do sistema de saúde e social da Irlanda, relativamente às necessidades das pessoas com deficiência, tem sido operacionalizado desde 2004, com o *WHODAS II*⁴ (O'Donovan, Doyle & Gallagher, 2009).

Os serviços sociais japoneses, com base na ICF, têm estudado a funcionalidade da sua população, nomeadamente os aspetos ligados às atividades e participação dos grupos etários mais velhos (Okawa, Shuto & Mizoguchi, 2008).

⁴ O *WHODAS II -World Health Organisation Disability Assessment Schedule II-* (WHO, 2010a)) é um questionário multidimensional que fornece um perfil da funcionalidade, cuja conceptualização assenta na ICF. Inclui seis domínios (compreensão e comunicação, relacionamentos, participação na sociedade, atividades relacionadas com o trabalho e atividades domésticas, autocuidados e mobilidade). É constituído por 36 questões, ou na sua versão mais curta, por 12 questões. Tem sido rigorosa e extensivamente submetido, quanto à sua confiabilidade em diversos contextos e situações clínicas (Van Tubergen et al, 2003; Schlote et al, 2009; Meesters et al, 2010).

O grupo de trabalho do projeto EUMASS (*European Mass-Transit System Security Risk Assessment and Audit Methodology*) desenvolveu um Core Set para os sistemas europeus de segurança social, que permite avaliar a funcionalidade de indivíduos propostos para reforma por invalidez (Brage et al, 2008).

Também a área da educação tem sido profícua na adoção conceptual da ICF, quer no desenvolvimento de linhas conceptuais de ensino/aprendizagem ou de unidades curriculares (Broberg et al, 2003; Allan et al, 2006; Darrah et al, 2006), quer enquanto medida avaliativa das necessidades educativas especiais (Simeousson, 2003; Campbell & Skarakis-Doyle, 2007; Thomas-Stonell et al, 2009), ou ainda na categorização de um perfil de capacidade, capaz de identificar as necessidades de cuidados adicionais em crianças portadoras de deficiência, como é o caso da criação do *Capacity Profile*, em desenvolvimento na Holanda (Meester-Delver et al, 2007; Meester-Delver et al, 2009).

Formalmente é só na área da educação que a ICF em Portugal tem tido aplicabilidade. Com a entrada em vigor do Decreto-Lei nº3/2008, ficou definido que os apoios especializados visando a criação de condições para a adequação do processo educacional às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e participação, fossem aferidos através da *Checklist* da classificação. Daqui resulta, que o *Plano Educativo Individual* para estes alunos, tenha por base os dados que constam no relatório técnico-pedagógico, oferecidos pela avaliação especializada e multidisciplinar, realizada com referência à ICF.

3. A Problemática da Funcionalidade e da Incapacidade no Envelhecimento e na Saúde Pública⁵

a) Aspetos Conceptuais da Funcionalidade e da Incapacidade

As conceções ligadas ao binómio funcionalidade/incapacidade enquadram uma evolução que reflete transformações na esfera das ciências da saúde, mas que também encerra mudanças que se foram operando no campo social. A evolução

⁵ Relacionado com este subcapítulo foram escritos e publicados três artigos que incluíram aspetos da funcionalidade relacionada com a incontinência urinária, as quedas e a funcionalidade dos idosos com 75 ou mais anos, cujos conteúdos se encontram respetivamente nos Anexos 2, 3 e 4.

destes constructos tem aparecido de forma natural ligada à evolução do binómio saúde/doença, também ele resultado dessas mutações e dos seus modelos, cujo movimento *major* se deu entre o modelo biomédico e o modelo social.

A década de sessenta do século passado foi profícua no processo de mudança relativamente ao conceito de incapacidade; abandonou-se a responsabilização individual desta condição, admitiu-se um comprometimento e envolvimento social, criaram-se e definiram-se as primeiras políticas e legislações sobre a integração e inclusão das pessoas com deficiências e incapacidades (Barnes & Mercer, 2003).

Do ponto de vista das asserções fundamentais, o modelo biomédico explica a incapacidade, ou de um modo abrangente, a deficiência ou doença, na base de desvios da norma de variáveis biológicas (somáticas) mensuráveis, onde os índices biológicos constituem o único critério para a sua definição, onde dicotomicamente a doença ocorre como problema biológico e a saúde como ausência de doença. A autonomia conceitual-afetiva do paciente não é considerada, promovendo-se neste um papel passivo e obediente, cujo resultado deriva da autoridade epistemológica do médico/terapeuta (Reis, 1998).

Por seu turno, o modelo social de incapacidade, considera-a como um problema criado pela sociedade e, basicamente, como uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. Neste sentido, a incapacidade não é um atributo individual, mas o resultado de um conjunto complexo de condições, muitas criadas pelo ambiente envolvente, cuja resolução requer uma ação e uma responsabilização social, com vista sobretudo às modificações ambientais, necessárias para a plena integração das pessoas com incapacidade em todas as áreas sociais.

Deste princípio, proclama-se então uma questão atitudinal ou ideológica, que exige mudanças sociais e políticas, traduzida numa questão de direitos humanos (Reis, 1998).

Além da dialética terapêutica da incapacidade e da deficiência, os modelos biomédico e social, envolvem diferenças noutros domínios, como são o das políticas, dos modelos

de intervenção ou da envolvente cultural, entre outros, conforme explícito na Tabela 12.

Tabela 12 – Paradigmas Conceptuais da Deficiência/Incapacidade nos Modelos Biomédico e Social (adaptado de Sousa, 2005)

	Modelo Biomédico	Modelo Social
Problema	Incapacidade/Dependência das Pessoas	Inadequação dos Contextos às Pessoas
Origem	Nas Pessoas	Na Sociedade
Focalização	Na Pessoa. Nas suas Limitações	Relação Pessoa/Contextos; nas Barreiras Sociais
Ética	Assistência	Direitos/Igualdade de Oportunidades
Objetivos	Reabilita; Cura; Tratar	Habilitar; Eliminar Barreiras; Promover a Compatibilidade
Perspetiva	Necessidades Especiais; Serviços Especiais	Necessidades Diferentes; Serviços Regulares
Serviços	Institucionalizado; Rede de Cuidados	De Apoio; Baseados na Comunidade
Poder, Controlo	Profissionais	Clientes
Cultura	“Disabling; Manutenção e Reforço da Deficiência	Reconhecimento e Inclusão da Diversidade
Objetivos das Políticas	Compensar os Indivíduos pelas suas Incapacidades; “Aliviar a Situação”	Promover Direitos; Prover Recursos e Competências para Identificar e Eliminar Barreiras Pessoais e Sociais
Focalização das Políticas	Nos Indivíduos; nas Pessoas com Deficiência	No Grupo Social; na População Global
Responsabilidade	Política Social; “Welfare Provision”	Políticas Transversais

Partindo da conjugação dos dois modelos anteriores, mas sem neles se esgotar, surge a abordagem biopsicossocial da funcionalidade/incapacidade com Engel, em 1977. Este autor aponta a relativização dos modelos biomédico e social neste enquadramento, apontando a responsabilização e interligação dinâmica, das dimensões biológica, psicológica e social na interpretação do funcionamento humano. De acordo com o modelo biopsicossocial, o objetivo teórico e metodológico da medicina deve consistir na interligação das dimensões biológica, psicológica e social da pessoa, onde cada dimensão, por si só, não pode dar conta da saúde ou da doença.

É neste pressuposto que o modelo biomédico é criticado, pois os tratamentos baseados exclusivamente neste modelo são insuficientes... “ *O tratamento racional (...) dirigido apenas para a anormalidade bioquímica não devolve, necessariamente, a saúde ao paciente, mesmo quando encaramos a correção ou o alívio da anormalidade (...) A deficiência bioquímica pode determinar certas características da doença, mas não necessariamente a altura em que a pessoa adoece ou em que aceita o papel ou estatuto de paciente*” (Engel, 1977).

Apesar de a literatura referenciar outras teorias (Masala & Petretto, 2008), a operacionalização da funcionalidade/incapacidade tem sido discutida com base fundamentalmente em três esquemas conceituais: o do sociólogo Saad Nagi e os modelos da OMS; na sua primeira versão através da *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* e na sua versão mais recente pela *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.

Esquemáticamente estes três modelos apresentam-se conforme a Figura 18.

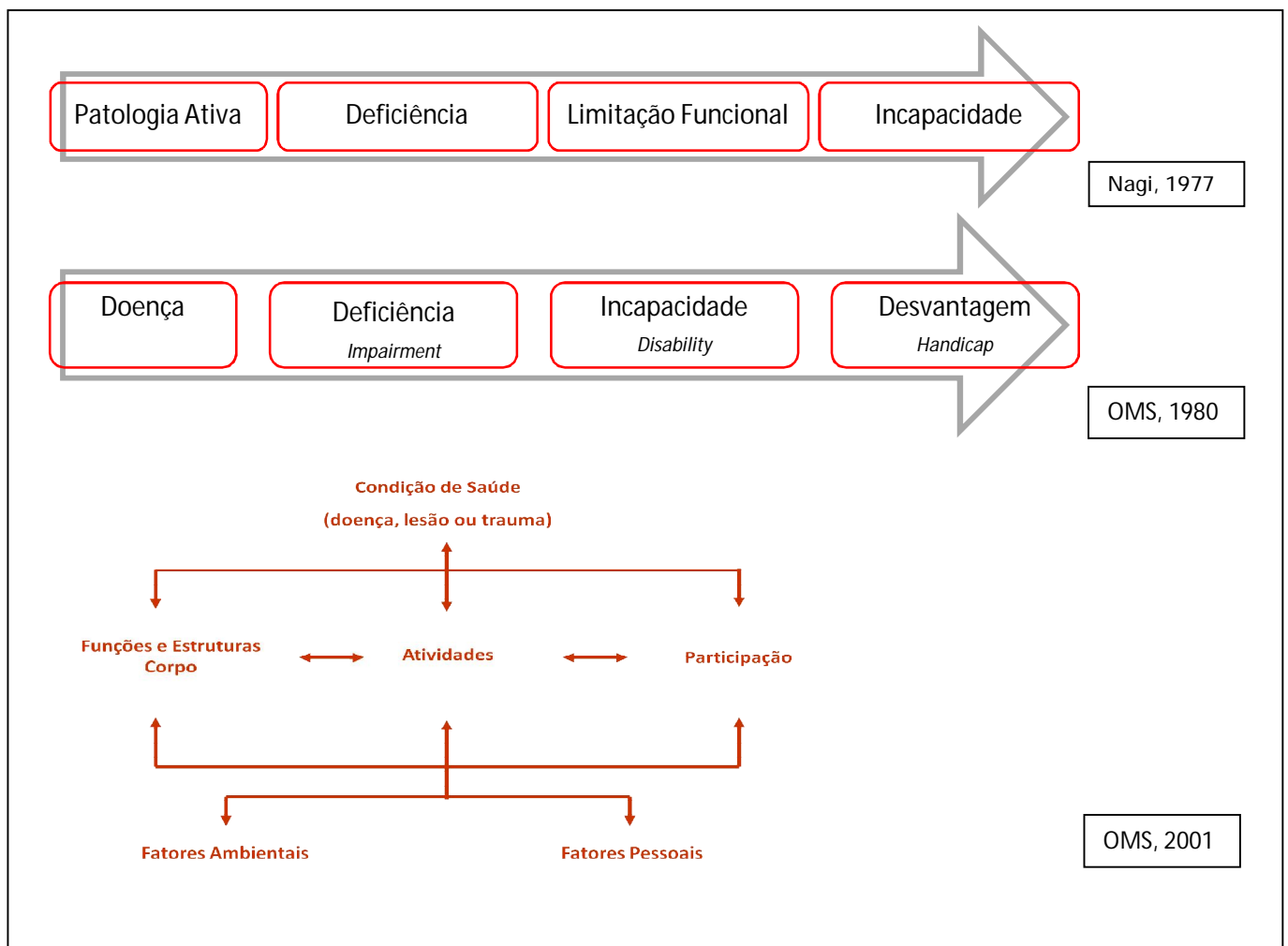


Figura 18- Os Esquemas Conceituais da Funcionalidade/incapacidade segundo Nagi e a OMS

O modelo de incapacidade do sociólogo Saad Nagi é considerado o pioneiro na descrição do processo de incapacidade. Este autor propõe o processo dividido em quatro estágios, com uma linearidade unidirecional e sequencial; a patologia interrompe o processo normal do funcionamento físico e mental, levando a uma deficiência das funções e das estruturas, que fazem necessariamente ocorrer uma

limitação nas atividades usuais do indivíduo, precipitando por fim uma incapacidade no desempenho para os papéis sociais esperados ou expectáveis (Nagi, 1976). Neste modelo a incapacidade assenta numa construção social forte, significando sobretudo a inabilidade no desempenho de papéis sociais e atividades relacionadas com o trabalho e a família, mesmo quando este autor identifica também uma incapacidade ao nível individual. As maiores críticas a este modelo prendem-se com uma causalidade sequencial que muitas vezes não existe e com a ausência da interação dos fatores individuais e ambientais.

A *ICIDH* (WHO, 1980) é criada para dar apoio à *ICD* e nessa conceptualização é uma classificação das consequências da doença, ainda muito enraizada no modelo biomédico.

A contemporaneidade das alterações culturais e da emancipação dos movimentos para a igualdade e oportunidade das pessoas com deficiência precipitou precocemente o reconhecimento das suas fragilidades, que resultaram em sucessivas revisões. Tem sido criticada por apresentar ausência de relação entre as diferentes dimensões; a sua natureza unidimensional; o predomínio de uma terminologia negativa muito centrada na deficiência; a referência ao modelo biomédico, sequencial e causal; a incapacidade vista como resultado individual e direto da deficiência; a quase inexistente abordagem dos aspetos sociais e contextuais.

Anterior às transformações pelas quais a ICF passou até atingir a sua versão final em 2001, salientamos a importância de dois autores, Verbrugge & Jette, que desenvolveram um modelo onde associaram os dois descritos anteriormente, destacando ainda e pela primeira vez, a importância dos fatores intra-individuais e extra-individuais no processo de desenvolvimento da incapacidade (Verbrugge & Jette, 1994). Apesar de se tratar de um modelo pouco interativo e multidirecional, os autores já referiam a possibilidade de rutura na sequência das diferentes dimensões. Ou seja, realçavam a possibilidade de a incapacidade poder surgir sem ter ocorrido uma deficiência, ou então, uma deficiência poder não originar necessariamente uma incapacidade.

Após diversos trabalhos e versões preliminares, a ICIDH dá lugar à ICF, aprovada na 54.^a Assembleia Mundial da Saúde em 22 de Maio de 2001 (WHO, 2001). A sua tradução para a língua portuguesa adotou o nome de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, cuja evolução dos conceitos apresentamos na Tabela 13⁶.

Tabela 13- Evolução dos Conceitos entre a ICIDH e a ICF

ICIDH		ICF
Consequências da Doença	<i>versus</i>	Componentes da Saúde
Incapacidade	<i>versus</i>	Funcionamento Humano
Deficiências	<i>versus</i>	Funções Corporais
Limitação de Atividades/Incapacidade	<i>versus</i>	Atividades
Desvantagem	<i>versus</i>	Participação

A ICF operacionaliza um novo paradigma dos conceitos de funcionalidade/incapacidade, mas também relativamente aos conceitos de saúde/doença, qualidade de vida e bem-estar; onde se enfatizam as aptidões sociais, as habilidades pessoais e a capacidade física, de uma forma multidirecional e dinâmica, onde todos os seus componentes interagem equitativamente entre si.

Daqui decorre que a funcionalidade e a incapacidade funcionam em *continuum* e de forma interativa relativamente à condição pessoal de saúde, aos recursos individuais e ao ambiente, estabelecendo um novo quadro de princípios filosóficos, conforme apresentamos na Tabela 14.

Tabela 14- Princípios da ICF

Funcionalidade	NÃO	Apenas Incapacidade
Modelo Universal	NÃO	Apenas para Minorias
Abordagem Biopsicossocial	NÃO	Apenas Modelo Biomédico ou Social
Modelo Interativo	NÃO	Linear ou Progressivo
Contexto Inclusivo	NÃO	Indivíduo Sozinho
Aferição Cultural	NÃO	Apenas Conceitos Ocidentais
Operacional	NÃO	Apenas Teórico
Ciclo de Vida	NÃO	Apenas para Adultos

⁶ A publicação no nosso país foi disponibilizada pela Direção Geral da Saúde em 2004.

Apesar de não ser negligenciável a avaliação das deficiências, a ICF vem enfatizar a importância de se avaliarem as dificuldades ao nível das *Atividades/Participação* que os indivíduos experienciam, como resultado da interação das suas potencialidades fisiológicas e da envolvente social onde se movem. Daqui decorre a importância que os fatores ambientais adquirem na determinação da funcionalidade/incapacidade dos indivíduos e das populações, tendo como consequência o facto de que os objetivos das intervenções criam-se numa relação equilibrada entre aquilo que é o potencial individual e a facilitação física, social e atitudinal do meio.

A manutenção da funcionalidade durante o processo de envelhecimento remete-nos para outros constructos, também eles multidimensionais e interativos, como são os conceitos de envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento saudável ou envelhecimento ativo.

Se bem que alguns deles mantenham algumas dificuldades conceituais, outros estão melhor definidos, não sendo nossa intenção fazer uma análise conceptual acerca das suas similitudes ou diferenças, aliás já bem discutidas por outros autores (Crimmins, 2004; Bowling & Dieppe, 2005; Deep & Jeste, 2006; Almeida, 2007; Fernandes & Botelho, 2007). O que nos importa é estabelecer uma linha condutora que possa abraçar um aspeto comum a todos: como identificar, para manter e potenciar nas últimas fases do ciclo de vida, a funcionalidade dos indivíduos ligada à sua longevidade cronológica, aquela que conhecemos e aquela que perspetivamos num futuro próximo.

Nesse sentido, a funcionalidade ou para alguns autores o funcionamento humano (Stucki et al, 2008) deve ser medido fundamentalmente pela mobilidade e pelas atividades da vida diária, pois são estas que mais interessam aos indivíduos, tendo em conta a interferência positiva ou negativa que os fatores contextuais têm sobre estes componentes. Apesar deste pressuposto, a sistematização contínua do processo de avaliação da funcionalidade no idoso, ainda não mereceu por parte da assistência médico-social, a importância que lhe é devida, nem é assiduamente inserida na história clínica do doente (Botelho, 2005).

Por outro lado, este tipo de avaliação basal constitui uma forma adequada e útil para operacionalizar os cuidados a prestar ao idoso; deteta incapacidades, cria oportunidades para se proceder à potencialização das capacidades remanescentes (Justo, 2005), permite identificar necessidades individuais, definir objetivos terapêuticos, planear e implementar intervenções, bem como avaliar o efeito destas (Thonnard & Penta, 2007). Além disso, a totalidade destes *outcomes* facilita e promove a prevenção e o controlo dos riscos que persistem nas unidades geriátricas (Zelada, Salinas & Baztán, 2009).

No que concerne à mobilidade ela é definida como a capacidade de mover o próprio corpo através do espaço, e inclui atividades como caminhar, levantar-se, mudar de posição ou subir escadas (Studenski, 2003a). Estas tarefas inerentes à mobilidade são ações necessárias à construção quer das atividades básicas da vida diária (ABVD's) ou do autocuidado (por exemplo, tomar banho, vestir, comer), quer das atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) ou na linguagem anglo-saxónica *extended activities* (por exemplo, tarefas domésticas, preparar as refeições, fazer compras, gerir o dinheiro).

Andar é a tarefa básica da mobilidade e do funcionamento humano, sendo ao mesmo tempo complexa relativamente às funções neuro motoras que lhe estão associadas e dependente de muitas variáveis, como são as funções músculo-esqueléticas (Ostchega et al, 2004; Buchman et al, 2010; Sakari, Era & Rantanen, 2010), as funções sensoriais (Deshpande & Patla, 2007), o controlo neuro motor (Gerin-Lajoie, Richards & McFadyen, 2006) ou o estado cognitivo (Watson et al, 2010).

Existe evidência empírica de que a medição objetiva ou o auto relato da capacidade de andar nos idosos, é um poderoso preditor do desempenho para as atividades diárias (Studenski et al, 2003b; Cesari et al, 2005; Abellan van Kan et al, 2009), para as quedas (Wrisley & Kumar, 2010), para a hospitalização (Studenski et al, 2003b) e para a mortalidade (Hardy et al, 2007; Studenski et al, 2011). Se estivermos na presença de populações com níveis satisfatórios ou elevados de independência, a velocidade da marcha deverá ser substituída ou acompanhada por testes mais exigentes, como é a subida/descida de escadas (Weiss, Fried & Bondeen-Rooche, 2007).

A capacidade para andar pode ser medida de diversas formas, sendo a mais comum, prática e objetiva, sobretudo na população idosa, aquela que mede o tempo de caminhar 4 ou 8 metros (Abellan van Kan et al, 2009; Viccaro, Perera & Studenski, 2011), usando um cronómetro ou um pedómetro, cuja velocidade da marcha normal em adultos saudáveis varia entre 1,2 e 1,4 m/s, começando a diminuir a partir dos 50/60 anos (Bohannon, 1997).

Todos estes estudos suportam a premissa de que a velocidade da marcha é um indicador fundamental não só do estado dos sistemas fisiológicos que lhe estão subjacentes, mas também um preditor importante de algumas medidas ou marcadores de saúde, sendo por alguns autores apelidada do 6º sinal vital (Fritz & Lusardi, 2009). Nesse sentido, é fundamental que se uniformizem as medidas de avaliação e se estabeleçam *cut points* para a clínica e para a investigação, que permitam identificar essas associações (Graham et al, 2008).

Alguns estudos têm sido capazes de adiantar valores que poderão servir de referência para as intervenções; por exemplo, para Cesari et al, 2005, uma velocidade <1m/s permite identificar um risco elevado para a saúde e a funcionalidade dos idosos, ou ainda uma velocidade <0,6m/s permite identificar uma incapacidade para as ABVD's e um risco acrescido para a hospitalização (Studenski et al, 2003b).

Numa revisão recente de 9 estudos de coorte, foi ainda possível concluir que melhorias >0,1m/s poderiam aumentar significativamente a sobrevivência dos indivíduos (Studenski et al, 2011).

A par da mobilidade, também as atividades relacionadas com o auto cuidado devem ser avaliadas na população idosa, pois os seus resultados têm um valor preditivo importante, quer para a institucionalização (Gill, Robison & Tinetti, 1998), quer para a mortalidade (Keeler et al, 2010; Hjaltadottir et al, 2011), mas sobretudo porque são as que mais importam ao indivíduo, ao representarem a possibilidade de conseguir viver de forma autónoma ou independente.

Alguns estudos, tanto de avaliação transversal, quanto longitudinal, têm analisado de forma hierárquica a incapacidade ou o declínio progressivo, das tarefas relacionadas

quer com o auto cuidado, quer com as atividades instrumentais, organizando um padrão evolutivo de incapacidade dessas atividades (Kempen et al, 1995; Jagger et al, 2001; Weiss, Fried & Bondeen-Rooche, 2007; Kingston et al, 2012), apesar das associações com a idade e o sexo, ou mesmo com os fatores ambientais, constituírem aspetos importantes de diferenciação.

A maior parte das investigações refere também que as atividades instrumentais precedem em dificuldade aquelas ligadas ao auto cuidado (Kempen et al, 1995; Jagger et al, 2001; Weiss, Fried & Bondee-Rooche, 2007; Kingston et al, 2012). No entanto, esta dicotomia pode ser muito redutora ou simplista.

Um estudo de 1998 de Ferrucci et al, envolvendo sete grupos amostrais de cinco países europeus, talvez tenha sido o primeiro a utilizar outra organização. A progressão da incapacidade fez-se por domínios (que continham diferentes tarefas, mas cuja exigência era idêntica), tendo em conta as funções que lhes estavam associadas: destreza, equilíbrio e força dos membros.

Considerando esta possibilidade, encontramos conclusões diferentes relativamente a essa hierarquia, conforme a função fisiológica implícita. Se estivermos a identificar a destreza, (por exemplo cortar as unhas) a incapacidade ocorrerá primeiramente nos membros superiores (Ferrucci et al, 1998; Kingston et al, 2012), mas se tivermos em conta a função força, esta declinará inicialmente nos membros inferiores (Jagger et al, 2001).

Estes aspetos aliados a outros, como por exemplo, a inclusão limitada de questões (habitualmente não mais do que 5 ou 6), que poderá conduzir a um efeito *floor*, a não diferenciação de atividades para homens e mulheres, que relativamente às AIVD's poderá ser pertinente (a diferenciação entre "não fazer" e ter "incapacidade para") e a falta de inclusão de idosos mais longevos (≥ 85 anos), permitem concluir que mantemos algumas inibições sobre o conhecimento da evolução da incapacidade ao nível das atividades (Kingston et al, 2012).

A todos estes aspetos e também sinalizado em muitos estudos, importa sublinhar a importância ou o efeito que as funções cognitivas e globalmente os fatores contextuais

podem ter neste tipo de avaliação; apesar dos indivíduos possuírem potencial motor, as deficiências cognitivas podem inibir a capacidade e o desempenho das atividades e os fatores ambientais podem manifestar-se como barreiras, dificultando da mesma forma essa capacidade e esse desempenho.

De entre as atividades diárias habitualmente testadas, o banho é recorrentemente referido como aquela que maior limitação produz na população idosa, que precede habitualmente outras dificuldades básicas (Naik, Concato & Gill, 2004; Gill, Guo & Allore, 2006) e ainda uma das tarefas como causa importante de fraturas (Bleijlevens et al, 2010).

Nesse sentido, importa conhecer com maior detalhe alguns aspetos específicos desta atividade, que possam ajudar os cuidadores nas suas estratégias de intervenção. Por exemplo, conhecer qual ou quais das subtarefas que lhe estão afetas, as que são de mais difícil execução; quais as maiores dificuldades que os idosos apontam para o seu desempenho e ainda quais e como os fatores ambientais lhes poderão estar associados.

Relativamente às subtarefas, sair da posição do banho é referida como sendo a de mais difícil execução (Naik, Concato & Gill, 2004); esta ação associa a integridade de vários sistemas com um controlo neuro motor importante, num curto espaço temporal e espacial. Os relatos na 1ª pessoa referem que as causas mais impeditivas e frequentes para a execução independente desta tarefa são o défice de equilíbrio, as queixas artríticas e o medo de cair (Naik, Concato & Gill, 2004).

Quanto aos fatores ambientais, concretamente os dispositivos de apoio e as alterações físicas às casas de banho, continuam a ser escassamente utilizados e podem constituir uma ajuda valiosa para a capacidade de execução do banho (Naik & Gill, 2005). No entanto, para Gill, Han & Allore, 2007, nem sempre estes apoios beneficiam os indivíduos; eles podem constituir-se como ajuda, mas também podem antecipar maior limitação. Para estes autores, os tapetes antiderrapantes melhoram o desempenho no banho, mas por outro lado, os bancos/cadeiras de banho e as barras de apoio, podem precipitar a incapacidade, ao diminuírem a estimulação sensorial e motora (Gill, Han & Allore, 2007).

Esta conclusão merece uma reflexão e uma diferenciação importantes, sobre aquilo que é a segurança dos indivíduos e o que são as suas capacidades remanescentes; se bem que a estimulação sensório motora esteja na base de todas as intervenções reabilitativas, quaisquer situações devem ser norteadas pela segurança do indivíduo. Encontrar o equilíbrio entre esta união, permite no nosso entendimento fazer a diferenciação dos resultados, mas também dos profissionais.

A seguir ao banho, a atividade “vestir” aparece nos estudos como sendo aquela que maior limitação produz, mesmo na presença de grupos sem deficiências ou incapacidades definidas (Walker et al, 2012). Esta atividade é exigente quer relativamente à destreza, quer às coordenadas visuoespaciais ou à apraxia (Sunderland, Walker & Walker, 2006). O ato de vestir, independentemente das habilidades manuais que requer, obriga ao reconhecimento das peças e a uma seleção e sequência ordenadas, tornando-a numa tarefa complexa (Feyereisen, Gendron & Seron, 1999). Um outro estudo refere também que as limitações persistentes encontradas nas diferentes subtarefas desta atividade são determinadas pela especificidade da deficiência cognitiva (Walker et al, 2004).

Relativamente às atividades instrumentais, habitualmente organizadas pelo índice de Lawton & Brody (1969), elas exigem uma habilidade mais elaborada não só das funções que lhe estão associadas (força dos membros, mobilidade, equilíbrio, coordenação, funções sensoriais, cognição), mas também uma interação adequada com um ambiente externo, com múltiplas solicitações e exigências e nem sempre familiar.

Ainda do ponto de vista fisiológico as suas solicitações podem estabelecer-se em dois grandes grupos; umas exigem fundamentalmente atividade cognitiva (usar o telefone, gestão do dinheiro ou gerir a medicação), outras acrescentam ainda uma dose importante de funções neuro músculo esqueléticas (fazer compras, cozinhar, realizar as atividades domésticas).

Como já referido, um componente determinante e comum relacionado com a restrição da participação nas atividades mais elaboradas, diz respeito à mobilidade, enquanto componente básica de interação do indivíduo com o meio. Essa associação é mais

estreita quando as atividades se direcionam com o exterior ou com a comunidade (Desrosiers et al, 2009; Fairhall et al, 2011).

A maior parte dos estudos refere ainda que em termos cognitivos, o desempenho das atividades instrumentais depende da atividade cognitiva global, mas fundamentalmente da percepção visuoespacial (Glosser et al, 2002; Jeffeson et al, 2006a) e das habilidades cognitivas executivas (Bell-McGinty et al, 2002; Boyle et al, 2004; Jefferson et al, 2006b).

Apesar do conceito ou definição de habilidades ou funções executivas não serem perfeitamente unânimes na literatura, a maior parte dos autores referem-nas como um conjunto de funções que inclui a memória de trabalho, o planeamento, iniciação e execução de comportamentos intencionais, onde estão incluídos entre outros a inibição, a flexibilidade mental e a resolução de problemas (Jefferson et al, 2006c); Johnson, Lui & Yaffe, 2007).

Todas estas funções tendem a diminuir em idades mais avançadas (Mitchell & Miller, 2008; Borson, 2010) e mesmo quando esse declínio é fruste, pode influenciar a capacidade nas tarefas diárias, sobretudo as relacionadas com as atividades mais elaboradas (Johnson, Lui & Yaffe, 2007), apesar de nem sempre ser linear a dependência entre função cognitiva *versus* capacidade/desempenho na atividade.

Ainda que sejam escassos os estudos conclusivos sobre essa relação, o uso do telefone, usar transportes e a gestão da medicação e do dinheiro, parecem ser aquelas onde se encontra maior associação (Barberger-Gateau et al. 1992; Bell-McGinty et al, 2002). No entanto, encontrámos referências que evidenciam que as tarefas mais implicadas com a cognição são aquelas que exigem obrigatoriamente um sequenciamento; neste caso, preparar refeições, tratar da roupa ou gerir dinheiro, poderão sair mais prejudicadas (Jefferson et al, 2006c)).

Por fim, a questão que aqui se coloca é saber como se podem medir as funções executivas por forma a ter-se um entendimento concreto da sua influência no desempenho das atividades e na vida independente dos indivíduos. A maior parte dos estudos refere que estas funções têm um valor preditivo superior para o desempenho

das atividades, quando comparado com os testes de avaliação cognitiva global, como é o *Mini Mental Test Examination* (Bell-McGinty et al, 2002; Royall et al, 2004; Jefferson et al, 2006c; Johnson, Lui & Yaffe, 2007).

A literatura não é consensual quanto à forma (auto relato, entrevista ao cuidador ou medição direta) e aos testes para medir as diversas funções implicadas nos diferentes componentes destas atividades, nem qual ou quais têm um valor mais substancial, além de que aqueles que existem são muito diferentes relativamente à idade, educação, *status* cognitivo ou co morbilidades das amostras, dificultando a evidência sobre este assunto. A revisão de Royall et al, 2007 chama a atenção para que se reúnam esforços que integrem os conhecimentos sobre a capacidade e o desempenho das atividades da vida diária com aqueles sobre o funcionamento cognitivo, que possam ser valorizados e aproveitados pela epidemiologia, mas sobretudo por estratégias de intervenção mais eficazes. Este novo entendimento poderá precipitar a necessidade de revisão de alguns testes que captem e se adequem melhor às variações ou *outcomes* das *Atividades/Participação*.

Apesar das dificuldades, o estudo *ACTIVE - Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly* - o maior estudo longitudinal multicêntrico controlado, desenvolvido até à data para avaliação do treino cognitivo em idosos, reflete algumas conclusões importantes para estudos futuros (Gross et al, 2011); o raciocínio indutivo parece ser o melhor preditor da funcionalidade das atividades diárias na avaliação inicial, sendo esse lugar ocupado pela memória na avaliação final, enquanto a velocidade de processamento da ação revelou-se o preditor mais pobre em ambos os momentos avaliativos (Gross et al, 2011).

Outro aspeto importante quando se analisa o desempenho das atividades mais elaboradas, prende-se não só com as diferentes funções ou componentes da cognição conforme já sinalizado, mas também com a associação ou determinação que os fatores contextuais, pessoais e/ou ambientais, podem ter neste processo (Burton et al, 2006).

Por exemplo, no trabalho de Wilkie et al, 2007, os fatores pessoais condição de saúde, *status* económico e profissão, associaram-se ao desempenho das atividades instrumentais mais relacionadas com o exterior e embora possa existir relação entre as

atividades do auto cuidado e as instrumentais, estas dependem de um conjunto muito mais alargado daqueles fatores.

Após a revisão da literatura sobre os conceitos de atividades básicas e instrumentais, iremos agora esclarecer como se combina esta dicotomia no quadro conceptual da funcionalidade adotado na presente investigação. Como referimos, distinguem-se com recurso à complexidade e variabilidade ao nível das funções que com elas interagem, mas também quanto à ausência ou presença de um ambiente externo ou social. Na ICF esta dicotomia não existe. Conforme vimos no capítulo a ela dedicado, podemos encontrar no mesmo domínio, atividades básicas e instrumentais; por exemplo, “usar transportes” aparece no domínio *Mobilidade*, juntamente com a atividade básica “levantar/sentar”. Também a atividade “gerir medicação” surge a par do “banho” e do “vestir”, no domínio dos *Auto Cuidados*. Ou seja, em termos classificativos as atividades são um só componente, que se pode diferenciar consoante se execute num ambiente padrão ou uniforme – *atividade* – ou se estabeleça num ambiente de vida real – *participação* -, que por sua vez se ligam em termos de constructos, respetivamente à *capacidade* e ao *desempenho*.

Esta divisão nem sempre perceptível e conciliadora nos ambientes académicos e clínicos, tem originado alguma polémica (Guralnik & Ferrucci, 2009), mas sobretudo compromete-nos para um novo paradigma sobre atividades básicas *versus* instrumentais, concretamente no universo daquilo que é a avaliação da capacidade e do desempenho, sendo que esta separação reside ou é estabelecida pelo ambiente onde ocorre ou acontece.

Apesar de conhecermos alguns resultados sobre esta divisão (Jette, Haley & Kooyoomjian, 2003), a operacionalização das suas definições, não é perfeitamente clara, senão vejamos. Quaisquer atividades podem ser executadas tanto no ambiente habitual ou real (o domicílio, outras habitações, mas também o bairro ou a cidade), onde o indivíduo se move (desempenho), quanto noutro ambiente social, que sendo real, não é o habitual (desempenho) ou ainda num ambiente padrão ou uniforme (nomenclatura da ICF), que podendo ser real não é o habitual (capacidade) (WHO, 2001). Portanto, podendo o ambiente diferenciar estes constructos, não os consegue

distinguir na sua totalidade; embora a OMS chame à atenção que o desempenho corresponde sempre à interação com os fatores ambientais reais, na capacidade esses fatores também existem, a diferença é que se assume que estão “uniformizados” ou “padronizados”, com uma atuação “neutra” sobre o indivíduo (WHO, 2001).

Segundo documentação da OMS a capacidade revela a aptidão ou o nível máximo de funcionalidade que um indivíduo pode atingir num ambiente ajustado, ou ainda que a diferença entre capacidade e desempenho reflete a diferença entre o ambiente real e uniforme, ou também o impacto que o ambiente real (físico, social e atitudinal) tem no desempenho da pessoa (WHO, 2001). Contornando estas dificuldades metodológicas e conceptuais, interessa-nos contribuir para a sua operacionalização no contexto das equipas de reabilitação, no que diz respeito à avaliação e à intervenção, mas sobretudo naquilo que são os objetivos e os *outcomes* para os indivíduos.

Dando sequência àquilo que anteriormente refletimos como um novo paradigma no sistema da avaliação – descentralizar o processo das funções e convergi-lo para as atividades -, parece-nos que o passo seguinte para a intervenção é saber como esta etapa do processo se articula com o objetivo final: aquisição ou a maximização da participação da pessoa, sendo a participação o nível máximo de autonomia e independência que detemos num “envolvimento ou experiência de vida habitual ou real” (WHO, 2001).

As nossas intervenções terapêuticas decorrem em ambientes uniformes ou ambientes padrão, que podem ou não, aproximar-se dos ambientes reais dos indivíduos. Neste sentido, se nos cingirmos a esses ambientes, aquilo que conseguimos alcançar fica no domínio da capacidade, que pode ficar aquém das necessidades para o desempenho e participação. Aproximar e simular os ambientes terapêuticos da realidade dos espaços e envolventes onde as pessoas se movem, aumentará a possibilidade dos resultados terapêuticos serem mais ajustados às verdadeiras necessidades dos indivíduos.

b) Incapacidade e Morbilidade num Quadro de Crescimento da Esperança de Vida

As dificuldades conceptuais e metodológicas que apontámos têm ocasionado impedimentos relativamente ao conhecimento e à comparação de dados sobre a

funcionalidade/incapacidade das populações, concretamente a da população idosa, não só em termos contemporâneos como também relativamente à sua tendência ou previsibilidade.

Contornando este obstáculo e olhando para os resultados disponíveis, a incapacidade em alguns estudos, diminuiu nas últimas décadas do século XX (Manton, Gu & Lamb 2006; Zunzunegui et al, 2006; Manton, 2008; Crimmins et al, 2009; Christensen et al, 2009). Esta conclusão é apreciada em idades <85 anos, para os dois sexos e sobretudo em países desenvolvidos (Estados Unidos, Dinamarca, Finlândia, Itália, Holanda), segundo um estudo da OCDE que incidiu em 12 países (Lafortune et al, 2007).

Estes resultados ocorridos essencialmente nas duas últimas décadas do século passado, foram a consequência de dois grandes grupos de fatores: i) melhoria dos procedimentos médicos e farmacológicos sobretudo ao nível das doenças reumáticas, cardiovasculares, cataratas e próteses da anca e joelho, ii) melhoria da educação e do nível de vida das populações (Schoeni, Freedman & Martin, 2008; Brown et al, 2012), resultando em doenças menos incapacitantes e/ou cuja progressão é interrompida antes do aparecimento da incapacidade (Crimmins & Beltrán-Sánchez, 2011).

Quando se analisam os dados da evolução da incapacidade por diferentes atividades, conforme aconteceu no estudo de Freedman et al, 2008, conclui-se que há uma melhoria naquelas que dizem respeito ao auto cuidado, mas nas relacionadas com as atividades instrumentais, observa-se estabilidade nos resultados observados.

Também no estudo de Hung et al (2011), cuja coorte foi estudada em 1998, 2004 e 2008, apesar de se terem observado algumas melhorias, estas não foram significativas, perspetivando-se uma estabilidade nos resultados. Ainda nesse estudo, a análise por estratificação da idade, revelou melhoria nas atividades no grupo dos mais idosos, sendo estes resultados consistentes com os trabalhos de Manton, Gu & Lamb (2006) e Schoeni, Freedman & Martin (2008).

A adição de variáveis dependentes ao modelo de regressão logística no estudo de Martin, Schoeni & Andreski, 2010, permitiu concluir que o tabagismo, a obesidade e a educação, são marcadores explicativos dos resultados obtidos, sendo que globalmente

estes são consistentes com os citados anteriormente. Para estes autores, a educação, concretamente a adoção de estilos de vida mais saudáveis, o acesso aos cuidados de saúde, a “alfabetização” da saúde e utilização de dispositivos de auxílio, a par da diminuição ou mesmo da cessação tabágica e do controlo da obesidade, poderão constituir as pontes para a explicação e a tendência da incapacidade das populações mais velhas nos próximos anos.

Na revisão bibliográfica de Christensen et al, 2009, onde se discutem as tendências da incapacidade entre 1985-2002 dos idosos com idade superior e inferior a 85 anos, conclui-se existir na maior parte dos países uma tendência para a diminuição da incapacidade no grupo dos mais novos. Esta revisão adianta ainda duas hipóteses para os próximos anos que assentam em duas tendências: “o fracasso do êxito” e o “êxito do êxito”. Sobre a primeira os autores perspetivam que a coorte de indivíduos que viva até aos 100 anos, só nessa idade, manifestará um aumento de incapacidade. Ou seja, assistiremos a uma tendência para que o aparecimento de doenças e incapacidade se manifestem tardiamente, concentrando-se em idades muito avançadas, individualizando uma 4ª idade, que se crê seja caracterizada por índices elevados de incapacidade e dependência. Para a segunda hipótese, os autores advogam que os indivíduos “super sobreviventes”, exceccionalmente longevos, disfrutarão do “êxito do êxito”, alcançando essas idades sem um aumento de incapacidade. O estudo conclui no entanto, que até ao momento não dispomos de dados que permitam fazer previsões sobre a incapacidade para idades >85 anos.

Esta questão da compressão da morbilidade em idades mais avançadas é defendida por Fries, Bruce & Chakravarty, 2011, como um atributo necessário ao envelhecimento saudável e que deve ser aceite como um constructo que permite avaliar os ganhos e as perdas da saúde ao longo do ciclo da vida. O trabalho destes autores que inclui uma análise alargada de estudos em termos de variabilidade metodológica, conclui que se fomos capazes de melhorar este indicador nos últimos trinta anos sem estratégias bem definidas, deveremos agora ser capazes de o melhorar e entender melhor, se planearmos de uma forma mais sistematizada as nossas intervenções.

O tema da compressão da morbilidade, está longe de ser aceite de forma unânime, pois sendo um processo altamente dinâmico, são muitas as variáveis a ter em conta e muitas as que ainda nos falta dominar ou entender; a idade do aparecimento da incapacidade (onde se incluem todos os seus componentes) e a probabilidade de recuperação das funções e atividades, são partes essenciais do processo de mudança do estado de saúde e que podem preceder a mortalidade (Crimmins et al, 2009).

O trabalho de Crimmins & Beltrán-Sánchez (2011), não sendo tão otimista relativamente a alguns dos fatores incluídos na compressão da morbilidade, é concordante no que diz respeito aos aspetos ligados à funcionalidade e à deficiência, advertindo contudo, que os resultados observados se devem à diminuição da prevalência, mas que os valores da incidência não têm representação similar.

Os inquéritos nacionais de saúde do nosso país revelam também uma melhoria na prevalência da incapacidade entre 1987 e 2005, embora os resultados não tenham sido lineares na totalidade dos inquéritos. São as atividades ligadas à mobilidade (sentar/levantar, andar e subir/descer escadas), aquelas onde os idosos referem níveis superiores de independência (Nogueira & Reis, 2011). As atividades de “utilizar sanita”, “vestir/despir” e “alimentação”, têm ao longo do tempo apresentado resultados cada vez mais negativos (Nogueira & Reis, 2011).

Também os estudos para a população portuguesa realizados de forma transversal têm revelado resultados positivos sobre a capacidade funcional da população idosa (Botelho, 2000; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003; Oliveira et al, 2010).

No estudo de Botelho (2000) foi possível concluir que 95,4% dos indivíduos era independente na locomoção e 69% nas atividades; as mulheres tinham mais dificuldades nas ações do auto cuidado enquanto os mais idosos globalmente em todas as atividades e ainda que o sexo e a idade não comprometiam a autonomia/independência das atividades instrumentais.

O estudo de Sousa, Galante & Figueiredo (2003) apesar de a amostra ser constituída por indivíduos mais velhos (≥ 75 anos), revelou conclusões idênticas ao estudo de

Botelho (2000): 79,7% dos indivíduos era totalmente autónomo e as mulheres e os mais velhos apresentavam níveis superiores de dependência.

No estudo piloto que desenvolvemos e onde se pretendia comparar a funcionalidade de dois grupos de idosos (75-84 anos e ≥ 85 anos) e a sua associação com a idade e o género, os resultados foram também positivos; na locomoção os valores para a autonomia/independência variaram entre 86,3% (andar em casa) e 71,4% (andarem escadas), nas atividades direcionadas aos auto cuidados, essa variação ocorreu entre 88,9% (alimentar-se) e 66% (tomar banho), enquanto nas atividades instrumentais a oscilação desses valores deu-se entre 74,9% (usar telefone) e 49,2% (tarefas da lida da casa e usar transportes) (Fontes, Botelho & Fernandes, 2013). Foi possível ainda concluir que os mais idosos apresentaram maior incapacidade em subir/descer escadas, no banho, na continência fecal e em todas as atividades instrumentais, mas que não se verificaram diferenças significativas entre homens e mulheres.

Relativamente ao estudo *EPEPP (Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa)*, cuja amostra foi constituída por 2672 indivíduos ambulatoriais com 55 ou mais anos (62,6% dos indivíduos tinham 64 ou mais anos) de todas as regiões de Portugal continental, os resultados revelaram as seguintes conclusões: nos domínios da locomoção e do auto cuidado os indivíduos apresentaram situações desfavoráveis muito reduzidas (1,4% e 1,1% respetivamente), enquanto 20,6% dos inquiridos referiu dependência nas atividades instrumentais (Oliveira et al, 2010).

No mesmo estudo foi também possível caraterizar os efeitos de algumas variáveis independentes, cujos resultados revelaram que a dependência funcional é superior no grupo com idade >75 anos (cerca de 2 vezes mais), que os homens apresentam uma dependência funcional 4,2 vezes superior à observada nas mulheres, devido sobretudo à incapacidade para o desempenho das tarefas domésticas e que é na região do Alentejo, onde se observam níveis superiores de dependência funcional (Oliveira et al, 2010).

Os dados mais atuais sobre esta temática, contemplados nos Censos 2011, apesar de terem sido recolhidos de forma diferente relativamente aos estudos anteriores, revelaram uma taxa de prevalência de incapacidade de 50% (incapacidade para 1 ou

mais, das 6 atividades questionadas) nos indivíduos com idade superior a 65 anos, cujos valores por sexo neste grupo etário, foram de 55,1% para as mulheres e 41,7% para os homens. Os resultados conseguiram ainda revelar que os idosos manifestaram mais dificuldades na capacidade de “ver” e “andar”.

c) Funcionalidade e Envelhecimento no Contexto da Saúde Pública

As alterações demográficas observadas nos últimos anos e projetadas para um futuro próximo, associadas à evolução epistemológica da funcionalidade/incapacidade, têm projetado na Saúde Pública novos paradigmas de atuação e mediação, que respondam de forma sistematizada às atuais necessidades organizacionais, legislativas e estruturais. E porque viver mais anos está associado a uma maior probabilidade de perder funcionalidade, este sucesso produziu um novo fenómeno em todos os domínios científicos: um grande segmento da população vive com incapacidade e é do universo da Saúde Pública saber como se considera e contabiliza esse fenómeno (Lollar & Crews, 2003).

As conquistas tecnológicas das ciências da saúde aumentaram no último século em alguns países, 30 anos à esperança de vida (CDCP, 2011), fazendo com que a atuação da Saúde Pública do século passado, consubstanciada pela definição de ser a ciência e a arte da prevenção da doença e da promoção da saúde, passasse a ter um quadro de referência e uma ação mais alargados. Riegelman & Kirkwood, 2014, advogam-lhe para este início de século uma definição mais abrangente que inclua um espectro alargado da perspetiva populacional: “*the totality of all evidence-based public and private efforts that preserve and promote health and prevent disease, disability and death*”. Esta definição aumenta o âmbito tradicional da Saúde Pública ao incluir uma avaliação ampla dos determinantes ambientais, sociais e económicos, mas também ao incluir uma avaliação das intervenções relacionadas com a saúde, onde se incluem a estrutura e o funcionamentos dos sistemas de cuidados, ou a equidade da sua distribuição, e também o papel das políticas públicas (Riegelman & Kirkwood, 2014).

A avaliação é uma das funções imperativas da Saúde Pública, sendo descrita como um processo de monitorização sistemático e de rotina da saúde das populações, onde as

pessoas com incapacidade (s) temporária ou permanente são hoje uma fração importante desse conjunto, sobretudo nas faixas etárias mais idosas.

Para Lollar & Crews, 2003, três são os procedimentos a adotar para a prossecução deste objetivo: a aceitação e o desenvolvimento da incapacidade como variável incontornável da monitorização da saúde das populações, a identificação e a diferenciação dos subgrupos ou tipologias que a incapacidade pode revelar e por fim, a avaliação e a monitorização dos fatores pessoais e ambientais enquanto decisores do processo.

A par das variáveis demográficas que habitualmente descrevem as populações, importa identificar o seu nível de incapacidade através de questões simples mas robustas, apoiadas no quadro conceptual da ICF e conforme descritas pela evidência (Lollar & Crews, 2003).

Este núcleo de questões não necessita ser longo, mas deverá fazer parte integrante de qualquer censos ou inquérito nacional de saúde, cujos resultados possam sobretudo reproduzir as limitações nas atividades e a necessidade de equipamentos, serviços e sistemas, promotores da capacidade e do desempenho dessas atividades.

Pretende-se de forma global que os resultados possam quantificar as necessidades de serviços e apoios, estudar o curso de vida das pessoas com incapacidades específicas, direcionar com precisão as estratégias de prevenção (McDermott & Turk, 2011).

Os inquéritos nacionais de saúde no nosso país têm contemplado progressivamente questões sobre a incapacidade relacionada com as atividades/participação, se bem que nem sempre recolhidas de forma similar e transversal (Dias, 2009), e nem sempre organizadas pelos domínios da funcionalidade que hoje sabemos ser importantes na determinação dos perfis da funcionalidade/incapacidade das populações.

Desta forma, tem sido difícil aferir com rigor a caracterização e a progressão desses domínios (Nogueira & Reis, 2011), tornando difícil o planeamento e a sistematização das intervenções.

Assumindo a incapacidade como uma variável determinante do estudo da Saúde Pública, o passo seguinte respeita a possibilidade dela caracterizar os diferentes níveis

de incapacidade e conseqüentemente diferenciar as necessidades dos indivíduos e das populações. Chamar os diferentes domínios das atividades/participação da ICF para esta identificação a par dos seus qualificadores, parece ser o caminho a seguir.

Por fim, conhecer as competências individuais e o ambiente onde as pessoas se movem, será determinante para a involução ou evolução da sua incapacidade, não só enquanto fatores interativos deste processo, mas sobretudo como determinantes do *locus* da ação, da intervenção e da resolução.

A previsibilidade do aumento da longevidade parece ser um dado adquirido e independentemente da incerteza sobre as suas conseqüências ao nível da morbilidade e da incapacidade - compressão, expansão ou equilíbrio dinâmico - a Saúde Pública terá sempre um papel determinante nesse acompanhamento, pautado pela prevenção da doença e da incapacidade nos seus diferentes níveis de intervenção (Fries, Bruce & Chakravarty, 2011).

PARTE II – COMPONENTE EMPÍRICA

CAPÍTULO I - MATERIAIS E MÉTODOS

1. Tipo de Estudo

Foi desenhado um estudo observacional, do tipo analítico e longitudinal, comparativo entre os diferentes grupos etários e sexo, face aos parâmetros de funcionalidade. A investigação conteve também metodologia qualitativa do tipo análise de conteúdo, relativamente ao processo de ligação entre os instrumentos de recolha de dados, concretamente à significação e definição dos conceitos das suas variáveis.

2. Objetivos e Hipóteses do Estudo

A presente investigação tem como objetivo conhecer e analisar os impactos na funcionalidade de indivíduos sujeitos à intervenção da reabilitação, no âmbito de uma rede de prestação de cuidados organizada a nível nacional e, comparar ainda esses efeitos face à condição de pré-morbilidade, sobretudo nos domínios ligados às atividades/participação.

Daqui decorrem como objetivos específicos:

- Caraterizar o perfil de funcionalidade da amostra, onde se incluem os aspetos demográficos e sociais e a sua associação com os fatores pessoais idade, sexo, estado civil e escolaridade;
- Caraterizar o impacto que as condições de saúde adquiridas têm na funcionalidade dos constituintes da amostra e a também a sua associação com os fatores pessoais idade, sexo, estado civil e escolaridade;
- Caraterizar e comparar a evolução da funcionalidade da amostra durante o processo de institucionalização e a sua associação com os fatores pessoais idade, sexo, estado civil e escolaridade;
- Caraterizar e comparar a evolução da sua funcionalidade face ao estado de pré-morbilidade nas atividades/participação, nomeadamente na locomoção e naquelas ligadas à vida diária;

- Determinar quais as variáveis que contribuem para a funcionalidade alcançada nos *outcomes* das Funções Queixas de Saúde, Funções Mentais, Funções Emocionais e Continência, bem como nos *outcomes* das Atividades/Participação, concretamente Mobilidade, Auto Cuidados, Comunicação, Vida Doméstica e Áreas Principais da Vida;
- Validar o Core Set Geriátrico da OMS para os cuidados de reabilitação de contexto pós-agudo;
- Desenvolver um Core Set Geriátrico Abreviado para os cuidados de reabilitação de contexto pós-agudo.

Face aos objetivos enunciados, sistematizámos as seguintes hipóteses, no que concerne à funcionalidade dos idosos internados em unidades de cuidados de reabilitação de contexto pós-agudo:

- Hipótese 1: A funcionalidade que os indivíduos apresentam na ausência de um episódio agudo de doença, lesão ou trauma está associada à idade, ao sexo, ao estado civil e à escolaridade.
- Hipótese 2: A funcionalidade no momento da admissão é diferente da funcionalidade no momento da alta.
- Hipótese 3: A funcionalidade no momento da alta difere da funcionalidade na pré-morbilidade.
- Hipótese 4: A funcionalidade alcançada no momento da alta é dependente da idade, sexo, estado civil e escolaridade.
- Hipótese 5: Os domínios e categorias do Core Set Geriátrico da ICF, caracterizam a funcionalidade dos idosos internados, assim como a sua evolução.
- Hipótese 6: O Core Set Geriátrico Abreviado, desenvolvido para os cuidados de reabilitação de contexto pós-agudo, caracteriza a funcionalidade dos idosos internados, bem como a sua evolução.

3. Meio do Estudo

A Rede define-se como um modelo de respostas diversificadas, com a participação de uma equipa multidisciplinar, articulada através do desenvolvimento de um processo de contratação de prestação de cuidados e nas alianças com outros parceiros,

especialmente com as tradicionais Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), se bem que nos últimos anos essa parceria se tenha estendido a instituições privadas. As principais motivações que deram origem a este projeto foram os desafios apresentados pelas novas realidades sociais e epidemiológicas resultantes entre outros fatores, do aumento da esperança de vida e o consequente agravamento de doenças crónicas e incapacitantes.

O seu modelo de gestão de doentes tem definido critérios de referenciação e admissão para as diferentes tipologias de cuidados, bem como de critérios de exclusão ou não inclusão. Baseia-se num método equitativo no acesso e na mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas (Figura 19); o mecanismo visa assegurar a continuidade de cuidados mediante intervenções coordenadas e articuladas entre as diferentes tipologias de cuidados, sectores e níveis de diferenciação, potenciando a prestação dos cuidados comunitários de proximidade.



Figura 19- Tipologias de resposta dadas pela RNCCI (UMCCI, 2009)

A sua implementação e desenvolvimento têm assentado num modelo evolutivo, ajustado de forma progressiva relativamente aos seus conteúdos, composição e instrumentos, bem como quanto à sua complexidade, consensualizados entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Trabalho e da Solidariedade Social, que se espera terminado até 2016.

O desenvolvimento das diferentes respostas operacionalizadas pelo volume de unidades, equipas e recursos da Rede é concretizado através de critérios populacionais de cobertura, originando um novo nível de cuidados que atravessa de forma transversal o Serviço Nacional de Saúde e o Apoio Social. Ou seja, a Rede, através das equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos, fica inserida nos hospitais e, mediante as equipas de cuidados continuados integrados no domicílio, bem como as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, interliga-se com o nível dos cuidados de saúde primários.

Este novo modelo de cuidados tem conceptualmente uma composição e um funcionamento em rede, onde as diferentes tipologias de respostas fazem a articulação entre o nível hospitalar e o nível de cuidados primários, transformando a clássica organização parcelada, numa rede organizada e dinâmica (UMRNCCI, 2009).

A Rede cobre todo o território Continental, com um total de 5928 camas (Tabela 15), possuindo a região do Algarve 393, distribuídas conforme se apresenta na Tabela 16.

Tabela 15 - N° de camas da RNCCI em funcionamento a 30.6.2012

N° DE CAMAS CONTRATADAS EM FUNCIONAMENTO ATÉ 30/6/2012						
TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	332	202	157	135	60	906
Média Duração e Reabilitação	540	597	408	159	104	1808
Longa Duração e Manutenção	963	822	646	391	219	3041
Paliativos	53	45	68	17	10	193
Total	1888	1666	1279	702	393	5928

Tabela 16 - N° de camas da RNCCI em funcionamento na região do Algarve a 30.6.2012

TIPOLOGIAS	Sotavento	Nº Camas	Barlavento	Nº Camas	TOTAL
Convalescença	-----	0	Santa Casa da Misericórdia de Portimão	19	60
			Al-Vita (Portimão)	30	
			Hospital Privado S. Gonçalo de Lagos	11	
Média Duração e Reabilitação	Cruz Vermelha Portuguesa (Centro de Saúde de Tavira)	20	Al-Vita (Portimão)	30	104
	Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão	28	Santa Casa da Misericórdia de Portimão	26	
Longa Duração e Manutenção	Santa Casa da Misericórdia de Vila Real de Santo António	18	Quinta São Sebastião (Algoz)	45	219
	Cruz Vermelha Portuguesa - Delegação de Tavira (Unidade de Santa Catarina da Fonte do Bispo)	33	Santa Casa da Misericórdia de Estômbar	32	
	Santa Casa da Misericórdia de Faro	30	Santa Casa da Misericórdia de Silves	20	
	Santa Casa da Misericórdia de Loulé	21			
	Fundação António Silva Leal (Centro de Saúde de Albufeira)	20			
Paliativos	-----	0	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (Portimão)	10	10
Total		170		223	393

A coordenação da Rede é exercida a nível nacional pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) e é operacionalizada a nível regional e local, através das Equipas de Coordenação Regional (ECR) e Equipas de Coordenação Local (ECL) (UMRNCCI, 2009).

As Unidades de Convalescença têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia serem referenciadas pessoas que se encontram ou em fase de recuperação de um processo agudo ou em recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação, cuja previsibilidade de internamento seja até 30 dias consecutivos (UMRNCCI, 2009).

As Unidades de Média Duração e Reabilitação visam responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de um processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 e 90 dias (UMRNCCI, 2009).

As Unidades de Longa Duração e Manutenção têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o estado de saúde, num período de internamento em regra superior a 90 dias. Visam responder a doentes com processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio (UMRNCCI, 2009).

As Unidades de Cuidados Paliativos destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência na falha da terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo (UMRNCCI, 2009).

O trabalho de campo foi realizado nas unidades de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados da região do Algarve. Participaram no estudo todas as unidades da região, com exceção para o Hospital de São Gonçalo em Lagos por não ter respondido ao pedido de autorização do estudo.

Quando iniciámos a recolha de dados existia uma unidade de Convalescença em Loulé com 20 camas que deixou de funcionar em julho de 2013 e as unidades Al-Vita, só iniciaram funções em fevereiro de 2011 e portanto a sua inclusão no estudo aconteceu posteriormente.

4. População e Amostra

A população foi constituída pelos idosos de ambos os sexos, com 65 ou mais anos, internados nas unidades de Convalescença e Média Duração da região do Algarve. O critério de inclusão relativamente à amostra teve em conta a existência de um episódio agudo de doença, lesão ou trauma com internamento hospitalar anterior e o consentimento de querer participar no estudo.

O método de amostragem foi não probabilístico, do tipo amostra acidental, tendo em conta a disponibilidade dos inquiridores, conforme é explicado no desenho da investigação e da qual resultou um recrutamento sequencial de 451 indivíduos.

A população disponível para o estudo distribuída por tipologia de internamento, foi conforme apresentamos na Tabela 17.

Tabela 17 – Distribuição da população por tipologia de internamento

TIPOLOGIAS	Sotavento	Nº Camas	Barlavento	Nº Camas	TOTAL
Convalescença	Hospital Distrital de Faro (sediada no Centro de Saúde de Loulé) ¹⁾	20	Santa Casa da Misericórdia de Portimão	19	69
			Al-Vita (Portimão) ²⁾	30	
Média Duração e Reabilitação	Cruz Vermelha Portuguesa (Centro de Saúde de Tavira)	20	Al-Vita (Portimão) ²⁾	30	104
	Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão	28	Santa Casa da Misericórdia de Portimão	26	
Total		68		105	173

1) Deixou de funcionar em julho de 2012; 2) Iniciou funcionamento em fevereiro de 2011

5. Metodologia de Recolha de Dados

Foram utilizados três instrumentos de recolha de dados: um questionário de caracterização sociodemográfica, um instrumento de avaliação multidimensional da funcionalidade – o Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) – e uma classificação abreviada da ICF, o Core Set Geriátrico (CSG) (Anexo 5).

A OMS recomenda que quando se aplica um Core Set na avaliação clínica, se faça também recolha da informação, através do Core Set Genérico (*Generic Set*), no sentido de se compararem resultados. Neste estudo, não foi necessário este processo, pois todas as categorias do Core Set Genérico, estão incluídas no CSG, à exceção da categoria d850 (“Trabalho Remunerado”), e esta não esteve afeta a nenhum dos indivíduos da amostra.

O processo de recolha de dados contemplou dois momentos de avaliação: às 48 horas de entrada na Rede e nas 24h anteriores ao dia da alta. No primeiro momento de avaliação, indagámos também o comportamento de algumas variáveis, relativamente à admissão anterior ao internamento hospitalar.

a) Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico contemplou 34 variáveis. Na Tabela 18, fazemos a sua caracterização, cuja apresentação segue o esquema conceptual do modelo de funcionalidade da OMS.

Tabela 18 – Caracterização dos Domínios e Variáveis do Questionário Sociodemográfico

<i>Domínio</i>	<i>Variável</i>	<i>Código/Valor</i>	<i>Tipo¹⁾</i>	<i>Momento da Avaliação</i>
Condição de Saúde	Diagnóstico Médico		QN	Admissão
Fatores Pessoais	Idade	Anos	ND/QO	Admissão
	Sexo	M/F	QN	Admissão
	Hábitos Tabágicos	Sim/Não	QO	Admissão
	U.M.A. ²⁾		ND	Admissão
	Consumo de Álcool	Sim/Não	QO	Admissão
	Nº bebidas/dia		ND	Admissão
	Nº Dias no Internamento Anterior		ND	Anterior à Admissão
	Nº Dias no Internamento Atual		ND	Alta
	Comorbilidades		QN	Admissão
	Perceção do Estado de Saúde Física Antes do Internamento Hospitalar	0 – 6	QO	Anterior à Admissão
	Perceção do Estado de Saúde Mental Antes do Internamento Hospitalar	0 – 6	QO	Anterior à Admissão
	Perceção do Estado de Saúde Física no Momento da Alta da Rede	0 – 6	QO	Alta
	Perceção do Estado de Saúde Mental no Momento da Alta da Rede	0 – 6	QO	Alta
	Nº Hospitalizações Anteriores		ND	Anterior à Admissão
	Motivo das Hospitalizações Anteriores		QN	Anterior à Admissão
	Tempo do Internamento das Hospitalizações Anteriores		ND	Anterior à Admissão
	Necessidade de Ajuda no Desempenho das ABVD/AIVD	Sim/Não	QO	Anterior à Admissão
	Qual (ais) Atividade (s)		QO	Anterior à Admissão
	Crença Religiosa	Sim/Não	QO	Anterior à Admissão
	Qual Culto		QN	Anterior à Admissão
Fatores Ambientais	Status Sócioeconómico	0 – 4	QO	Anterior à Admissão
	Utilização de Diapositivos de Auxílio	Sim/Não	QO	Anterior à Admissão
	Qual (ais) Diapositivo (s) de Auxílio		QN	Anterior à Admissão
	Alguém Auxiliava no Desempenho das ABVD/AIVD	Sim/Não	QO	Anterior à Admissão
	Quem Auxiliava no Desempenho das ABVD/AIVD		QN	Anterior à Admissão
	Visitas da Família durante o Internamento na Rede	0 – 4	QO	Alta
Atividades & Participação	Comunicação Telefónica com a Família	0 – 4	QO	Alta
Caraterização	Prática Culto	Sim/Não	QO	Anterior à Admissão
	Tipo de Unidade		QN	Admissão
	Presença de Equipa Multidisciplinar		QN	Admissão
	Rácio Doentes/Terapeutas		QN	Admissão
	Motivo da Alta		QN	Alta
	Local da Alta		QN	Alta

1) ND – Numérica Discreta; QN – Questão Nominal; QO – Questão Ordinal; 2) Unidade Maço/Ano

b) Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB)

O Método de Avaliação Biopsicossocial (MAB) criado e desenvolvido por Botelho, 2000, é um “método estruturado, uniformizado, de avaliação tipo rastreio e classificação biopsicossocial de adultos”. Permite caracterizar estados biopsicossociais e funcionais, bem como descrever e detetar perturbações da funcionalidade. Tal como o nome indica, contém 3 áreas de avaliação, com 12 domínios que aglutinam 19

variáveis. Estas variáveis são pontuadas numa escala que pode ter até 4 graduações, consoante as características daquelas, que no seu conjunto permitem atribuir um *score* aos domínios, que originam por sua vez o perfil do indivíduo, constituído por uma sequência de doze dígitos, entre 0 e 3, que sinteticamente reproduzem de forma fiel toda a informação. Apresentamos na Figura 20 o modelo esquemático do perfil biopsicossocial do MAB.

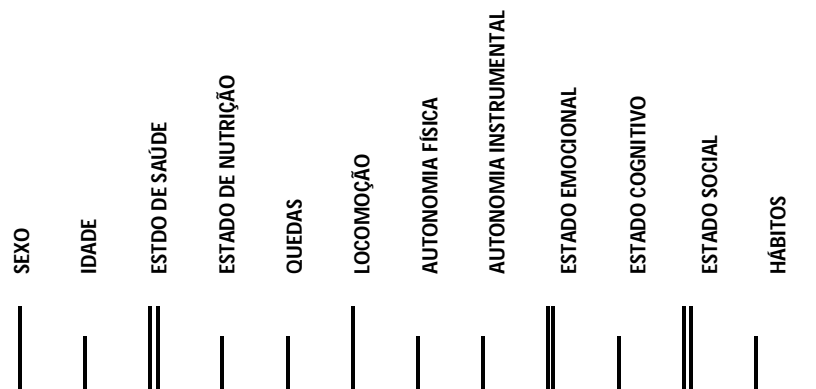


Figura 20- Modelo do perfil biopsicossocial do MAB

Na Figura 21 está representado um exemplo do perfil criado pela avaliação do MAB: mulher de 68 anos; considera a sua saúde razoável, tem problemas/queixas de dores no aparelho locomotor, baixa de visão e tonturas; tem excesso de peso; sem quedas no último ano; é independente em locomoção, autonomia física e autonomia instrumental; considera o seu estado emocional razoável, está pouco tempo triste e bastante tempo ansiosa; está orientada no espaço e no tempo; é casada, vive com o cônjuge e outro familiar, está pouco tempo só, tem com quem desabafar; tem a 4ª classe e é reformada de costureira; pratica atividade física mais de 4 horas semanais e toma habitualmente 5 refeições por dia.

SEXO	IDADE	ESTADO DE SAÚDE	ESTADO DE NUTRIÇÃO	QUEDAS	LOCOMOÇÃO	AUTONOMIA FÍSICA	AUTONOMIA INSTRUMENTAL	ESTADO EMOCIONAL	ESTADO COGNITIVO	ESTADO SOCIAL	HÁBITOS
0	1	1	1	3	3	3	3	2	3	2	3

Figura 21- Exemplo de um perfil biopsicossocial do MAB

No estudo desenvolvido pela autora com 152 idosos ambulatoriais, o instrumento confirmou reprodutibilidade das variáveis, viabilizando a sua utilização em estudos longitudinais. A avaliação da reprodutibilidade foi realizada através do teste-reteste, cujo coeficiente de concordância *Kappa* para as diferentes subescalas de funcionalidade variou entre 0,60 e 1,0 (Botelho, 2000). O MAB foi o instrumento eleito para caracterizar a autonomia funcional multidimensional dos idosos, no maior estudo observacional transversal realizado até hoje em Portugal, envolvendo 2672 idosos, o *EPEPP - Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa* (Mota-Pinto et al, 2011). Paralelamente, desde a criação em 2006 da RNCCI, o MAB é o instrumento de caracterização dos aspetos biopsicossociais da funcionalidade, da população aí internada. Encontra-se informatizado na Rede, sendo aplicado em diversos momentos durante o processo de internamento.

Na Tabela 19, apresentamos as áreas, os domínios e as variáveis do MAB.

Tabela 19 – Caracterização das Áreas, Domínios e Variáveis do MAB

<i>Áreas</i>	<i>Domínios</i>	<i>Variáveis</i>	<i>Cotação/Pontuação da (s) Variável (s)</i>	<i>Classificação do Domínio</i>
BIO	Sexo	Sexo	0 – Feminino 1 – Masculino	0 – Feminino 1 – Masculino
	Idade	Idade	0 - ≥85 Anos 1 - 65 a 84 Anos 2 - 45 a 64 Anos 3 - 18 a 44 Anos	0 - ≥85 Anos 1 - 65 a 84 Anos 2 - 45 a 64 Anos 3 - 18 a 44 Anos
	Queixas de Saúde	Autoavaliação do Estado de Saúde (E Saú)	0 – Não responde/Mau/Muito Mau 1 – Fraco/Instável 2 – Razoável/Satisfatório 3 – Bom/Muito Bom	Domínio do Estado de Saúde (E Saú) = Média dos 2 Componentes 0 - 0 a 0,9 – E Saú Mau 1 - 1 a 1,9 – E Saú Insatisfatório 2 - 2 a 2,9 – E Saú Satisfatório 3 – 3 – E Saú Bom
		Problemas/Queixas de Saúde	0 – Presença 3 – Ausência Pontuação das 5 Questões 0 – 0 a 2,9 Com Problemas/Queixas de Saúde 3 – 3 Sem Problemas/Queixas de Saúde	
	Estado de Nutrição (EN)	Índice de Massa Corporal (IMC)	0 – IMC <16,0 ou > 30,0 1 – IMC de 16,0 - 18,4 ou IMC de 25,1 - 30,0 3 – IMC de 18,5 - 25,0	Domínio do EN = Média dos 2 Componentes 0 - 0 a 0,9 - Magro ou Obeso 1 - 1 a 2,9 - Baixo peso ou Excesso de peso 3 – 3 - EN adequado
		Perímetro da Cintura	0 - Cintura ♀ > 88 cm e ♂ > 102 cm 1 - Cintura ♀ 80-88 cm e ♂ 94-102 cm 3 - Cintura ♀ <80 cm e ♂ <94 cm	
	Quedas	Quedas	Nº Quedas último ano: 0 - ≥4 1 - 2 /3 2 - 1 Momento: 0 <1 Mês 1 - > 1 Mês e <1 ano 2 - > 1 Ano 3 – Sem quedas Motivo: 0 - Problemas de saúde/meio ambiente 1 – Problemas de saúde 2 – Problemas do meio ambiente 3 – Sem quedas no último ano Sequelas: 0 – Com alterações mobilidade e/ou locomoção 1 – Sem alterações mobilidade e/ou locomoção 2 – Sem sequelas duradouras 3 – Sem quedas	Domínio Quedas = Média dos 4 Componentes 0 – 0 a 0,9 Quedas mau 1 – 1 a 1,9 Quedas insatisfatório 2 – 2 a 2,9 Quedas satisfatório 3 – 3 Quedas bom
	Locomoção	Locomoção	Andar em casa/ Andar na rua/ Andar em escadas 0 – Incapaz de ... 1 – Dependente para ... (auxílio de outra pessoa) 2 – Autônomo para ... (auxílio de meios de apoio) 3 – Independente para ... Locomoção e Visão e Audição Não – A classificação do Domínio não sofre influência Sim – A classificação do Domínio pode sofrer influência deste aspeto, não podendo ser superior a Autônomo/2	Domínio da Locomoção = Menor pontuação presente em pelo menos um dos 3 Componentes ¹⁾ 0 – Incapaz 1 – Dependente 2 – Autônomo 3 - Independente

PSICO	Autonomia Física	Autonomia Física (AF)	Atividades Básicas da Vida Diária²⁾ 0 – Incapaz de ... 1 – Dependente para ... (auxílio de outra pessoa) 2 – Autônomo para ... (auxílio de meios de apoio) 3 – Independente para ... Autonomia Física e Visão e Audição Não – A classificação do Domínio não sofre influência Sim – A classificação do Domínio pode sofrer influência deste aspeto, não podendo ser superior a Autônomo/2	Domínio da AF = Menor pontuação presente em pelo menos um dos 8 Componentes¹⁾ 0 – Incapaz 1 – Dependente 2 – Autônomo 3 – Independente
	Autonomia Instrumental	Autonomia Instrumental (AI)	Atividades Instrumentais da Vida Diária³⁾ 0 – Incapaz de ... 1 – Dependente para ... (ajuda regular de terceiros) 2 – Autônomo para ... (auxílio de meios de apoio/serviços ou ajuda ocasional de terceiros) 3 – Independente para ... Autonomia Instrumental e Visão e Audição Não – A classificação do Domínio não sofre influência Sim – A classificação do Domínio pode sofrer influência deste aspeto, não podendo ser superior a Autônomo/2	Domínio da AI= Menor pontuação presente em pelo menos um dos 8 Componentes¹⁾ 0 – Incapaz 1 – Dependente 2 – Autônomo 3 – Independente
	Queixas Emocionais	Autoavaliação do Estado Emocional (EE)	Autoavaliação do EE 0 – Não responde/mau/muito mau 1 – Fraco/instável 2 – Razoável/satisfatório 3 – Bom/muito bom	Domínio do EE= Média dos 2 Componentes 0 – 0 a 0,9 - Mau 1 – 1 a 1,9 – Insatisfatório 2 – 2 a 2,9 - Satisfatório 3 – 3 - Bom
		Problemas/Queixas Emocionais	Problemas/Queixas Emocionais⁴⁾ 0 – Não responde/Muito tempo 1 – Metade do tempo 2 – Pouco tempo 3 – Nunca Outros Problemas/Queixas Emocionais 0 - Presença de outros Problemas/Queixas 1 - Ausência de outros Problemas/Queixas Pontuação Problemas/Queixas Emocionais = Média da pontuação dos 3 Componentes 0 – 0 a 2,9 – Com Problemas/Queixas 3 – 3 – Sem Problemas/Queixas	
	Estado Cognitivo (EC)	Orientação no Tempo	Orientação no Tempo Ano; Mês; Dia do Mês; Estação do ano; Dia da Semana 0 – Não responde/Errado 3 – Correto Pontuação Orientação no Tempo = Média dos 5 componentes 0 – 0 a 0,9 - Má 1 – 1 a 1,9 - Insatisfatória 2 – 2 a 2,9 Satisfatória 3 – 3 – Boa, Orientado no Tempo	Domínio do EC= Média dos 2 Componentes 0 – 0 a 0,9 - Mau 1 – 1 a 1,9 - Insatisfatório 2 – 2 a 2,9 - Satisfatório 3 – 3 - Bom
		Orientação no Espaço	Orientação no Espaço País; Distrito; Terra; Casa; Andar 0 – Não responde/Errado 3 – Correto Pontuação Orientação no Espaço = Média dos 5 componentes 0 – 0 a 0,9 - Má 1 – 1 a 1,9 - Insatisfatória 2 – 2 a 2,9 Satisfatória 3 – 3 – Boa, Orientado no Espaço	

SOCIAL	Estado Social (ES)	Isolamento Social	Isolamento Social Estado Civil 0 – Viúvo, Separado, Solteiro 3 – Casado, União de Facto Nº Pessoas com quem vive 0 – Vive sozinho 3 – Vive acompanhado Tempo Sozinho/24horas 0 -> 8 Horas 3 - <8 Horas Existência de confidente 0 – Não tem 3 – Tem Pontuação do Isolamento Social = Média dos 4 Componentes 0 – 0 a 0,9 – Muito isolado 1 – 1 a 1,9 – Isolado 2 – 2 a 2,9 – Pouco Isolado 3 – 3 – Não Isolado	Domínio ES= Média dos 3 Componentes 0 – 0 a 0,9 - Mau 1 – 1 a 1,9 – Insatisfatório 2 – 2 a 2,9 - Satisfatório 3 – 3 - Bom
		Habilitações Literárias	Aptidões Sociais Habilitações Literárias 0 – 0 Anos de escolaridade, sem ler nem escrever, analfabeto 1 – 1 a 6 Anos completos de escolaridade; ler, escrever e contar, pré-escolar 2 – 7 a 12 Anos completos de escolaridade 3 - ≥13 Anos completos de escolaridade Profissão 0 – Não qualificados (operários de máquinas/fabril, vendedor ambulante) 1 – Qualificados (costureira, carpinteiro, serviços, vendedores) 2 – Intermediários (técnicos, administrativos, ajudantes, comerciantes) 3 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas (licenciados, quadros superiores, dirigentes, gerentes, militares) Pontuação de Aptidões Sociais = Média dos 2 Componentes 0 – 0 a 0,9 – Baixa 1 – 1 a 1,9 – Insatisfatória 2 – 2 a 2,9 – Satisfatória 3 – 3 – Boa	
	Hábitos	Atividade Física Semanal (AFS)	Atividade Física Semanal⁵⁾ 0 – Não 1 – Sim <2 Horas 2 – Sim > 2 Horas e <4 Horas 3 – Sim > 4 Horas Pontuação da AFS = Média dos 3 Componentes 0 – Sem Atividade Física 1 – Sim <2 Horas 2 – Sim > 2 Horas e <4 Horas 3 – Sim > 4 Horas	Domínio Hábitos Média dos 2 Componentes 0 – 0 a 0,9 - Mau 1 – 1 a 1,9 – Insatisfatório 2 – 2 a 2,9 - Satisfatório 3 – 3 - Bom
		Nº Refeições dia	Nº Refeições dia 0 – 0 a 2 1 -> 6 2 – 3 3 – 4 a 6	

¹⁾ A classificação do nível de autossuficiência neste domínio, requer a confirmação da eventual necessidade de uso de meios de apoio para a visão e audição. Se o indivíduo NÃO necessitar de nenhum apoio a classificação não sofre influência; se **SIM**, a classificação não pode exceder a cotação **2-AUTÓNOMO**

²⁾ Lavar-se; Vestir-se/Despir-se; Usar sanita/bacio/urinol; Transferir-se da cama; Transferir-se de cadeiras; Controlar urina; Controlar fezes; Alimentar-se

³⁾ Usar o telefone; Fazer compras; Preparar refeições; Tarefas de lida da casa; Lavar/Tratar de roupa; Usar transportes; Tomar os seus medicamentos; Gerir o seu dinheiro

⁴⁾ Triste/Deprimido; Nervoso/Ansioso;

⁵⁾ Andar a pé na rua; Ginástica/Desporto; Outra Atividade Física

As variáveis idade e sexo foram consideradas no questionário sociodemográfico. No domínio “Queixas de Saúde” só considerámos a presença/ausência de problemas/queixas de saúde, pois a autoavaliação do estado de saúde ficou contemplada no questionário sociodemográfico através das questões da percepção da saúde física e mental. No “Estado de Nutrição” só contemplámos o IMC por dificuldade na medição do perímetro da cintura. Também não considerámos as questões ligadas à necessidade de dispositivos de auxílio no desempenho da locomoção, AF e AI, pois esse aspeto foi também avaliado na caracterização sociodemográfica. As restantes variáveis foram codificadas e avaliadas em diferentes momentos e organizadas de acordo com os componentes da ICF, conforme apresentamos na Tabela 20.

Tabela 20 – Caracterização das Variáveis do MAB

<i>Domínio</i>	<i>Variável</i>	<i>Código/Valor</i>	<i>Tipo¹⁾</i>	<i>Momento da Avaliação</i>
<i>Funções</i>	Queixas Músculo-esqueléticas (inclui dor)	Sim/Não	QN	Admissão e Alta
	Queixas da Visão	Sim/Não	QN	Admissão e Alta
	Queixas da Audição	Sim/Não	QN	Admissão e Alta
	Queixas da Pele	Sim/Não	QN	Admissão e Alta
	Queixas de Outros Órgãos/Sistemas	Sim/Não	QN	Admissão e Alta
	Índice Massa Corporal	Kg/cm ²	NC	Admissão e Alta
	Controlo da Urina	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Controlo das Fezes	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Triste/Deprimido	0 – 3	QO	Admissão e Alta
	Nervoso/Ansioso	0 – 3	QO	Admissão e Alta
	Outras Queixas Emocionais	0 – 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Temporal: Ano	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Temporal: Mês	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Temporal: Dia	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Temporal: Estação do Ano	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Temporal: Dia da Semana	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Espacial: País	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Espacial: Distrito	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Espacial: Terra	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Espacial: Casa	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	Orientação Espacial: Andar	Incorreto – 0 Correto - 3	QO	Admissão e Alta
	IMC	Magreza – 0 IMC <16,0 Baixo Peso - 1 16,0 ≤ IMC ≤ 18,4 Peso Adequado - 3 18,5 ≤ IMC ≤ 25,0 Excesso Peso - 4 25,1 ≤ IMC ≤ 30,0 Obesidade - 5	QO	Admissão e Alta

		IMC> 30,0		
Atividades/Participação	Andar em Casa/Andar Dentro de Edifícios	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Andar na Rua	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Andar em Escadas	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Lavar-se/Tomar Banho	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Vestir-se/Despir-se	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Utilizar Sanitários	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Deitar-se/Levantar-se da Cama	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Deitar-se/Levantar-se de Cadeiras	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Comer/Alimentar-se	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Usar Telefone	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Fazer Compras	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Preparar Refeições	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Tarefas de Lida da Casa	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Lavar/Tratar da Roupas	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Usar Transportes	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Tomar Medicamentos	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Gerir o seu Dinheiro	0 – 3	QO	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Andar a Pé na Rua	0 – 3	QO	Anterior à Admissão
	Praticar Ginástica ou Desporto	0 – 3	QO	Anterior à Admissão
	Praticar Outra Atividade Física	0 – 3	QO	Anterior à Admissão
Fatores Ambientais	Locomoção e Meios para a Visão e Audição	Sim – 2 Não - 3	QN	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Autonomia Física e Meios para a Visão e Audição	Sim – 2 Não - 3	QN	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Autonomia Instrumental e Meios para a Visão e Audição	Sim – 2 Não - 3	QN	Anterior à Admissão; Admissão e Alta
	Tem com Quem Desabafar/ Confidente ²⁾	Sim/Não	QN	Admissão
Fatores Pessoais	Nº Quedas no Último Ano	0 – 3	QO	Admissão e Alta
	Há Quanto Tempo Caiu pela Última Vez	0 – 3	QO	Admissão e Alta
	Motivo (s) da (s) Queda (s)	0 – 3	QO	Admissão e Alta
	Sequela (s) da (s) Queda (s)	0 – 3	QO	Admissão e Alta
	Estado Civil	0 – 3	QN	Admissão
	Com Quem Vive	Só – 0 Com Outros - 3	QN	Admissão
	Tempo que Passa Só	≥8 Horas ≤8 Horas	QN	Admissão
	Escolaridade	0 – 3	QO	Admissão
	Profissão	0 – 3	QO	Admissão
	Nº de Refeições/Dia	0 – 3	QO	Anterior à Admissão

1) ND – Numérica Discreta; NC - Numérica Contínua; QN – Questão Nominal; QO – Questão Ordinal; 2) Sempre que a resposta à questão "Tem com Quem Desabafar/Confidente" foi positiva, indagámos "Quem é (são) a (s) pessoa (s) /Confidente (s) ", tendo como opção de resposta, as possibilidades categóricas presentes no CSG: " Família Próxima", "Família Alargada", "Amigos", "Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade", "Pessoas em Posição de Autoridade" e "Profissionais de Saúde".

As variáveis respeitantes às componentes das funções e das atividades/participação foram aglutinadas por domínios da funcionalidade de acordo com a ICF. Quando o domínio era constituído por mais do que uma variável, foi atribuído um *score*, que resultava da média das variáveis que o constituíam, conforme explicitamos na Tabela 21. A partir do *score* calculado foram construídos dois *outcomes*: <2 – *outcome* "Desfavorável ou de Dependência Funcional; ≥2 – *outcome* "Favorável ou de Autonomia/Independência Funcional", tal como no estudo de Mota-Pinto et al (2011).

Tabela 21 – Scores dos Domínios das Variáveis do MAB

<i>Score Domínio</i>	<i>Componente/Capítulo/Domínio ICF</i>	<i>Variáveis</i>
<i>Score Domínio Queixas</i>	Funções (Inclui Funções Sensoriais e Dor)	Queixas Músculo-esqueléticas Queixas da Visão Queixas da Audição Queixas da Pele Queixas de Outros Órgãos/sistemas
<i>Score Domínio Cognitivo</i>	Funções Mentais/ Funções Mentais Globais	Orientação Temporal: Ano Orientação Temporal: Mês Orientação Temporal: Dia Orientação Temporal: Estação do Ano Orientação Temporal: Dia da Semana Orientação Espacial: País Orientação Espacial: Distrito Orientação Espacial: Terra Orientação Espacial: Casa Orientação Espacial: Andar
<i>Score Domínio Emocional</i>	Funções Mentais/Funções Mentais Específicas	Triste/Deprimido Nervoso/Ansioso Outras Queixas Emocionais
<i>Score Domínio Continência</i>	Funções Geniturinárias e Reprodutivas/Funções Miccionais	Controlo da Urina
	Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino/Funções de Defecação	Controlo das Fezes
<i>Score Domínio Mobilidade</i>	Mobilidade/Andar e Deslocar-se	Andar em Casa Andar na Rua Andar em Escadas
	Mobilidade/Mudar e Manter a Posição do Corpo	Deitar-se/Levantar-se da Cama Deitar-se/Levantar-se de Cadeiras
	Mobilidade/Deslocar-se Utilizando Transportes	Usar Transportes
<i>Score Domínio Auto Cuidados</i>	Auto Cuidados	Lavar-se/Tomar Banho Vestir-se/Despir-se Utilizar Sanitários Comer/Alimentar-se Tomar Medicamentos
<i>Score Domínio Comunicação</i>	Comunicação/Conversaão e Utilização de Dispositivos e de Técnicas de Comunicação	Usar Telefone
<i>Score Domínio Vida Doméstica</i>	Vida Doméstica/Aquisição do Necessário para Viver Vida Doméstica/Tarefas Domésticas	Fazer Compras Preparar Refeições Tarefas de Lida da Casa Lavar/Tratar da Roupas
<i>Score Domínio Áreas Principais da Vida</i>	Áreas Principais da Vida /Vida Económica	Gerir o seu Dinheiro
<i>Score Domínio Vida Comunitária Social e Cívica</i>	Vida Comunitária Social e Cívica /Recreação e Lazer	Andar a Pé na Rua Praticar Ginástica ou Desporto Praticar Outra Atividade Física

c) Core Set Geriátrico da ICF

O Core Set Geriátrico (CSG) - *ICF Core Set for Geriatric Patients in Early Post-Acute Rehabilitation Facilities* - inclui 123 categorias de 2º nível dos diferentes componentes da ICF (Tabela 22). No componente Funções do Corpo, o capítulo Funções Mentais é o que está mais representado relativamente ao número de categorias; no componente Estruturas do Corpo, o capítulo Estruturas Relacionadas com o Movimento é o mais representativo; no componente Atividades/Participação isso ocorre no capítulo Mobilidade e no componente Fatores Ambientais, no capítulo Atitudes. Estas opções estão de acordo com o que na literatura é referenciado como sendo as alterações mais importantes e mais frequentemente observadas na população geriátrica (Grill et al, 2005 b); Grill et al, 2005 c); Grill et al, 2005 d)). A descrição completa e detalhada de cada categoria e dos seus critérios de inclusão e exclusão encontram-se no Anexo 6.

Tabela 22 – Categorias do ICF Core Set for Geriatric Patients in Early Post-Acute Rehabilitation Facilities (Grill et al, 2005b)

<i>Funções do Corpo</i>		<i>Estruturas do Corpo</i>		<i>Atividades/Participação</i>		<i>Fatores Ambientais</i>	
<i>Código</i>	<i>Categoria</i>	<i>Código</i>	<i>Categoria</i>	<i>Código</i>	<i>Categoria</i>	<i>Código</i>	<i>Categoria</i>
Capítulo 1: FUNÇÕES MENTAIS		Capítulo 1: ESTRUTURAS do SISTEMA NERVOSO		Capítulo 1: APRENDIZAGEM e APLICAÇÃO de CONHECIMENTO		Capítulo 1: PRODUTOS e TECNOLOGIA	
b110	Funções da Consciência	s110	Estrutura do Cérebro	d130	Imitar	e110	Produtos ou Substâncias para Consumo Pessoal
b114	Funções da Orientação	s120	Medula Espinhal e Estruturas Relacionadas	d155	Adquirir Competências	e115	Produtos e Tecnologias para Uso pessoal na Vida Diária
b117	Funções Intelectuais	Capítulo 3: ESTRUTURAS RELACIONADAS com a VOZ e a FALA		d177	Tomar Decisões	e120	Produtos e Tecnologias destinados a Facilitar a Mobilidade e o Transporte Pessoal em Espaços Interiores e Exteriores
b130	Funções da Energia e dos Impulsos	s320	Estrutura da Boca	Capítulo 2: TAREFAS e EXIGÊNCIAS GERAIS		e125	Produtos e Tecnologias para a Comunicação
b134	Funções do Sono	Capítulo 4: ESTRUTURAS do APARELHO CARDIOVASCULAR, do SISTEMA IMUNOLÓGICO e do APARELHO RESPIRATÓRIO		d230	Realizar a Rotina Diária	e140	Produtos e Tecnologias para a Cultura, Atividades Recreativas e Desportivas
b140	Funções da Atenção	s410	Estrutura do Aparelho Cardiovascular	d240	Lidar com o Stress e outras Exigências Psicológicas	e145	Produtos e Tecnologias para a Prática Religiosa e Espiritualidade
b144	Funções da Memória	s430	Estrutura do Aparelho Respiratório	Capítulo 3: COMUNICAÇÃO		e150	Arquitetura, Construção, Materiais e Tecnologias Arquitetónicas em Prédios para Uso Público
b147	Funções Psicomotoras	Capítulo 6: ESTRUTURAS		d310	Comunicar e Receber	Capítulo 2: AMBIENTE NATURAL	

		RELACIONADAS com os APARELHOS GENITURINÁRIO e REPRODUTIVO		Mensagens Orais	e MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS pelo HOMEM
b152	Funções Emocionais	s610 Estrutura do Aparelho Urinário	d315	Comunicar e Receber Mensagens Não-verbais	e240 Luz
b156	Funções da Percepção	s620 Estrutura do Pavimento Pélvico	d330	Falar	e245 Mudanças Relacionadas com o Tempo
b167	Funções Mentais da Linguagem	Capítulo 7: ESTRUTURAS RELACIONADAS com o MOVIMENTO	d335	Produzir mensagens Não-verbais	e250 Som
b176	Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos	s710 Estrutura da Região da Cabeça e do Pescoço	d360	Utilização de Dispositivos e de Técnicas de Comunicação	Capítulo 3: APOIO e RELACIONAMENTOS
b180	Funções de experiência Pessoal e do Tempo	s720 Estrutura da Região do Ombro	Capítulo 4: MOBILIDADE		e310 Família Próxima
Capítulo 2: FUNÇÕES SENSORIAIS e DOR		s740 Estrutura da região Pélvica	d410	Mudar a Posição Básica do corpo	e315 Família Alargada
b210	Funções da Visão	s750 Estrutura do Membro Inferior	d415	Manter a Posição do Corpo	e320 Amigos
b215	Funções dos Anexos dos Olhos	s760 Estrutura do Tronco	d420	Auto transferências	e325 Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade
b230	Funções Auditivas	s770 Estruturas Musculoesqueléticas Adicionais Relacionadas com o Movimento	d440	Utilização de Movimentos Finos da Mão	e330 Pessoas em Posição de Autoridade
b240	Sensações Associadas à Audição e à Função Vestibular	Capítulo 8: PELE e ESTRUTURAS RELACIONADAS	d445	Utilização da Mão e do Braço	e355 Profissionais de Saúde
b260	Função Proprioceptiva	s810 Estrutura das Áreas da Pele	d450	Andar	e360 Outros profissionais
b265	Função Tátil		d460	Deslocar-se por Diferentes Locais	Capítulo 4: ATITUDES
b270	Funções Sensoriais Relacionadas com a Temperatura e Outros Estímulos		d465	Deslocar-se Utilizando Algum Tipo de Equipamento	e410 Atitudes Individuais de Membros da Família Próxima
b280	Sensação de Dor		Capítulo 5: AUTO CUIDADOS		e415 Atitudes Individuais de Membros da Família Alargada
b210	Funções da Visão		d510	Lavar-se	e420 Atitudes Individuais de Amigos
Capítulo 3: FUNÇÕES da VOZ e da FALA			d520	Cuidar de Partes do Corpo	e425 Atitudes Individuais de Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade
b320	Funções da Articulação		d530	Cuidados Relacionados com os Processos de Excreção	e430 Atitudes Individuais de Pessoas em Posições de Autoridade
Capítulo 4: FUNÇÕES do APARELHO CARDIOVASCULAR, dos SISTEMAS HEMATOLOGICO e do APARELHO RESPIRATÓRIO			d540	Vestir-se	e450 Atitudes Individuais de Profissionais de Saúde
b410	Funções Cardíacas		d550	Comer	e455 Atitudes Individuais de Outros Profissionais
b415	Funções dos Vasos Sanguíneos		d560	Beber	e460 Atitudes Sociais
b420	Funções da Pressão Arterial		d570	Cuidar da Própria Saúde	e465 Normas, Práticas e Ideologias Sociais
b430	Funções do Sistema Hematológico		Capítulo 7: INTERAÇÕES e RELACIONAMENTOS		Capítulo 5: SERVIÇOS, SISTEMAS e POLÍTICAS

b435	Funções do Sistema Imunológico		INTERPESSOAIS d760	Relacionamentos Familiares	e570	Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Segurança Social
b440	Funções da Respiração		d770	Relacionamentos Íntimos	e580	Serviços, Sistemas e Políticas Relacionadas com a Saúde
b450	Funções Respiratórias Adicionais			Capítulo 8: ÁREAS PRINCIPAIS da VIDA		
b455	Funções de Tolerância ao Exercício		d860	Transações Económicas Básicas		
b460	Sensações Associadas às Funções Cardiovasculares e Respiratórias			Capítulo 9: VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL e CÍVICA		
	Capítulo 5: FUNÇÕES do APARELHO DIGESTIVO e dos SISTEMAS METABÓLICO e ENDÓCRINO		d930	Religião e Espiritualidade		
b510	Funções de Ingestão		d940	Direitos Humanos		
b525	Funções de Defecação					
b530	Funções de Manutenção do Peso					
b535	Sensações Associadas ao Aparelho Digestivo					
b540	Funções Metabólicas Gerais					
b545	Funções de Equilíbrio Hídrico, Mineral e Eletrolítico					
	Capítulo 6: FUNÇÕES GENITURINÁRIAS e REPRODUTIVAS					
b620	Funções miccionais					
b630	Sensações Associadas às Funções Urinárias					
	Capítulo 7: FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS e RELACIONADAS com o MOVIMENTO					
b710	Funções da Mobilidade das Articulações					
b715	Funções da Estabilidade das Articulações					
b730	Funções da Força Muscular					
b735	Funções do Tónus Muscular					
b755	Funções de Reações Motoras Involuntárias					
b760	Funções de Controlo do Movimento Voluntário					
b765	Funções dos Movimentos Involuntários					
b770	Funções Relacionadas com o Padrão de Marcha					
b780	Sensações Relacionadas com os Músculos e as Funções do Movimento					
	Capítulo 8: FUNÇÕES da PELE e ESTRUTURAS RELACIONADAS					
b810	Funções Protetoras da Pele					
b820	Funções Reparadoras					

b840	da Pele Sensação Relacionada com a Pele			
------	---	--	--	--

6. Desenho da Investigação

a) Operacionalização do Estudo

A operacionalização do estudo compreendeu a coordenação das atividades de campo, bem como a coordenação de atividades simultâneas entre os inquiridores e a investigadora e as unidades de internamento da Rede envolvidas.

Para o cumprimento de todos os procedimentos necessários à realização do estudo, foi pedida autorização à comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Algarve (Anexo 7). Uma vez obtida a autorização de colaboração (Anexo 8), contactou-se pessoalmente todos os responsáveis técnicos das unidades envolvidas e formalizou-se por escrito o pedido de colaboração (Anexo 9). Contactámos também todos os enfermeiros chefes e os fisioterapeutas coordenadores das unidades, no sentido de cederem o seu apoio durante o período de recolha de dados.

Foi elaborado um questionário de caracterização sociodemográfico que foi validado pela implementação de um pré-teste. Este não revelou a necessidade de reorganizar ou reestruturar a sequência ou a apresentação das questões.

Os inquiridores (n=14) que realizaram a recolha dos dados foram todos alunos do 4º ano de licenciatura em Fisioterapia da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve, a desenvolverem a sua monografia final de licenciatura sob a orientação da investigadora e cuja temática se relacionava com a presente investigação.

A investigadora foi formada relativamente à recolha de dados do MAB, pela autora do instrumento e coorientadora do presente estudo.

Posteriormente, a investigadora formou os alunos que voluntariamente se disponibilizaram a colaborar no estudo, relativamente aos aspetos conceptuais, estruturais e operacionais do MAB. Os alunos começaram por treinar entre si o guião

de entrevista/recolha de dados em ambiente de aula e posteriormente já em ambiente clínico, eram acompanhados nas primeiras sessões pela investigadora.

Relativamente aos conhecimentos sobre a conceptualização do modelo biopsicossocial, a taxonomia e a operacionalização da ICF e dos Core Sets, os alunos possuíam 40 horas de formação, em formato de unidade curricular, também lecionadas pela investigadora.

Dado a recolha de dados envolver um número considerável de variáveis, o 1º momento de avaliação, foi efetuado em dois dias. No 1º dia foi consultado o processo clínico e processada a informação do MAB, no 2º dia, foi recolhida a informação relativamente ao Core Set, cujas categorias não tivessem estabelecido ligação com o MAB ou cujos qualificadores das categorias com ligação ao MAB, tivessem obtido resultados diferentes de "0" ou "4". A avaliação da alta comportou um único momento, relativa às variáveis que tinham manifestado algum tipo de alteração. No entanto, este momento foi sempre precedido de informação recolhida no processo clínico e junto do enfermeiro e do fisioterapeuta responsáveis pelo doente, no sentido de sinalizar as alterações que tivessem ocorrido. Em cada visita participaram sempre dois inquiridores; um que avaliava/recolhia a informação, o outro que a processava nos instrumentos.

Os participantes que reuniam os critérios de inclusão do estudo foram convidados a participar no estudo, sendo-lhes explicado a si e aos seus familiares o seu objetivo e tendo assinado o consentimento livre e informado (Anexo 10).

A recolha de dados ocorreu de forma faseada, tendo em conta o calendário escolar dos alunos, abrangendo os períodos de abril a junho de 2010; janeiro a julho de 2011 e janeiro a julho de 2012.

b) Processo de Ligação MAB/ICF e CSG/MAB

Primeiramente procuramos investigar se os conceitos das questões do MAB podiam ser ligados aos conceitos dos componentes e categorias da ICF, de acordo com as regras propostas por Cieza et al, 2005. Esta abordagem foi realizada de forma qualitativa relativamente à análise de conteúdo. A comparação dos conceitos contidos

nos itens do MAB com os componentes e categorias da ICF foi realizada por dois grupos de pesquisadores, todos fisioterapeutas com conhecimento abrangente relativamente à ICF, quer em contexto pedagógico, quer em contexto clínico, pertencentes à Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve e à Escola Superior das Tecnologias da Saúde de Coimbra.

O procedimento para a comparação entre medidas de estados de saúde e a ICF requer dos pesquisadores um bom conhecimento do modelo teórico e da taxonomia que fundamenta a classificação, assim como das características do instrumento selecionado. Cada conceito contido nos itens do instrumento deve ser comparado com a categoria mais precisa da ICF (Cieza et al, 2005).

Não se devem usar códigos acabados em “8 - outro especificado” e/ou “9 - não especificado” por poderem gerar interpretações ambíguas. Em casos de informações não explícitas, estas devem ser documentadas adicionalmente por extenso, Cieza et al, 2005.

Os itens com conceitos insuficientes para decidir qual os componentes da ICF que melhor os representam deverão ser assinalados pelas letras nd (*no definable*) e em determinados casos, se o item se referir a um estado de saúde, deve ser registado como “nd-gh”, “nd-ph”, “nd-mh” ou “nd-qol” (respetivamente *no definable - general health*, *no definable - physical health*, *no definable - mental health*, *no definable - quality of life*), Cieza et al, 2005.

Conceitos contidos em itens que se refiram claramente a fatores pessoais e ainda não codificados pela ICF, serão assinalados com as letras “pf” (*personal factor*). Conceitos não cobertos pela ICF serão assinalados com as letras “nc” (*not covered*) e aqueles conceitos relativos a diagnósticos ou condições de saúde, identificados com as letras “hc” (*health condition*), Cieza et al, 2005. Na Tabela 23 é apresentado o resumo das regras de ligação entre medidas de saúde, instrumentos de medida ou intervenções em saúde e a ICF.

Tabela 23 - Regras Específicas para a Ligação entre Medidas do Estado de Saúde, Instrumentos de Medida ou Intervenções em Saúde e a ICF (baseado em Cieza et al, 2005)

Notação	Regras Específicas para Medidas do Estado de Saúde	Exemplo
a.	Antes de iniciar o processo de ligação da Medida do Estado de Saúde e as categorias da ICF, devem ser identificados todos os conceitos significativos dentro de cada item da Medida do Estado de Saúde em consideração.	O item 4 do <i>"Disability Oswestry Low Back Pain Questionnaire"</i> - "A dor não me impede de andar qualquer distância", dois conceitos significativos diferentes estão identificados neste item, a "dor" e "qualquer distância". Este procedimento deve ser seguido para todos os itens da <i>"Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire"</i> .
b.	As opções de resposta de um item estarão ligados, se contiverem os conceitos significativos.	O item "Auto-cuidado" do <i>"EQ-5D"</i> - "Não tenho problemas com os auto-cuidados"; "Eu tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me"; "Eu sou incapaz de lavar-me ou vestir-me", neste ponto, não só existe o conceito significativo de "auto-cuidado", mas também os conceitos de "lavar-me" e "vestir-me", que por isso deverão ser ligados às categorias da ICF.
c.	Os intervalos de tempo a que se refere por exemplo o item como "Durante a última semana" não se ligam na ICF.	
d.	Se um conceito significativo de um item é explicado através de exemplos, tanto o conceito quanto os exemplos deverão ser ligados. No entanto, a categoria da ICF à qual os exemplos se associam, deverá ser colocada entre parênteses. Os exemplos são geralmente introduzidos com o "exemplo", "por exemplo", ou "como" e aparecer entre parênteses.	O item 2 do <i>"Dallas Pain Questionnaire - 16"</i> - "Quanto a sua dor interfere nos seus cuidados pessoais (sair da cama, escovar os dentes, vestir, etc)?", deve ser vinculado a b280 - "Sensação de dor", d5 - "Auto cuidados", (d4100) "deitar-se" (a informação adicional "sair da cama" está documentada), (d5201) "cuidar dos dentes", (d540) "vestir-se".
Notação	Regras Específicas para Instrumentos de Medida e Intervenções	Exemplo
e.	Antes de iniciar o processo de vinculação de instrumentos de medida ou de medidas de intervenção para as categorias da ICF, deve ser definido o <u>objetivo em que o instrumento de medida clínica é utilizado ou o objetivo com que a intervenção foi aplicada</u> , em forma de um conceito significativo, considerando que os objetivos podem variar de investigação para investigação.	Na investigação A, o instrumento de medida clínica para avaliar fraturas vertebrais foram os Raios-X, com o objetivo de avaliar a "Severidade da osteoporose". Na investigação B, a investigação clínica sobre fraturas vertebrais, também detetada por Raios-X teve como objetivo avaliar a "Estrutura óssea". Na investigação A, a frequência do pulso, utilizada como medida clínica, teve como objetivo avaliar a "tolerância ao exercício físico". No questionário B a frequência do pulso, enquanto medida clínica, foi utilizada tendo como objetivos avaliar a "frequência cardíaca" e "o ritmo cardíaco". Na investigação A, a mobilização enquanto intervenção da enfermagem, foi utilizada com o objetivo "da melhoria da mobilidade". No questionário B, a mobilização enquanto intervenção da enfermagem, foi utilizada com o objetivo da "prevenção de úlceras de pressão".
Nº	Regra	Exemplo
1.	Antes de iniciar o processo de ligação entre os conceitos significativos dos instrumentos e as categorias para a ICF, os investigadores deverão ter adquirido um bom conhecimento dos fundamentos conceptuais e taxonómicos da classificação, bem como dos capítulos, domínios e categorias detalhadas, incluindo as definições.	
2.	Cada conceito significativo deve ser ligado à categoria mais específica da ICF.	O item C4 do <i>"West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory"</i> - "Jogar cartas e outros jogos", deve ser ligado ao item de 3º nível d9200 - "Jogar" e não ao item de 2º nível d920 - "Recreação e Lazer".
3.	Se o conteúdo de um conceito não está explicitamente nomeado nas categorias da ICF, adote a categoria mais explicitamente relacionada com esse conteúdo que esteja documentada. Não utilize o código "8 - não especificada"	O item 17 do <i>"Stait-Trait Anxiety Inventory"</i> - "Eu estou preocupado", deve ser ligado a b152 - "Funções Emocionais", apesar da informação adicional "preocupado", não estar explicitamente mencionada. O item 5.1 do <i>"Aberdeen Low Back Pain Scale"</i> - "Na sua perna direita, você tem dor no pé / tornozelo?". O conceito significativo "dor no pé direito / tornozelo" identificados neste item está relacionado com b28015 - "Dor em membro inferior" e as informações complementares "Pé direito / tornozelo" não explicitamente contidas nessa categoria, podem ser aí documentadas.
4.	Não utilize o código "9 - não aplicável", adote a categoria de menor nível possível.	No item 14 do <i>"Dallas Pain Questionnaire"</i> - "Quanto você acha que a sua dor mudou o seu relacionamento com os outros", o conceito significativo "o seu relacionamento com os outros", deve

		ser ligado a d710 - "Interações interpessoais básicas" e não a d799 - "Interações e relacionamentos interpessoais, não especificados".
5.	Se as informações fornecidas pelo conceito significativo do instrumento, não são suficientes para tomar uma decisão sobre a categoria mais precisa da ICF, então deve ser atribuído o significado ND (não definível). Casos especiais desta regra: a) Conceitos significativos referentes à saúde em geral, à saúde física ou à saúde mental ou emocional, são atribuídos os significados ND-SG, ND-SF ou ND-SM, ou seja não-definível saúde geral, física ou mental respetivamente. b) Aos conceitos significativos referentes à qualidade de vida em geral são atribuídos ND-QV (não definível qualidade de vida).	O item do ponto 5 do "St. George's Respiratory Questionnaire" - "Eu sinto/tenho efeitos colaterais desagradáveis da minha medicação", ao conceito significativo "efeitos colaterais" deve ser atribuído "nd". No item 1 do "SF-36" - "Em geral, você diria que sua saúde é. . . ?". Ao conceito significativo "saúde" deve ser atribuído "ND-SG". No item 1 do "WHOQOL-Bref" - "Como você avaliaria sua qualidade de vida?". Ao conceito significativo "qualidade de vida" é atribuído "ND-QV".
6.	Se um conceito significativo não está contido na ICF, mas é claramente um fator pessoal, tal como está definido na classificação, a esse conceito significativo será atribuído o significado FP - Fator Pessoal. Esses fatores podem incluir sexo, raça, idade, condições de saúde, estilo de vida, hábitos, profissão, experiências passadas e atuais (acontecimentos de vida, eventos), padrões de comportamento e outras características, que podem isoladamente ou em conjunto desempenhar um papel na incapacidade do indivíduo em qualquer nível.	Ao item 29 do "Quality of Life Index - cardiac version IV" . . . Sua fé em Deus?", a este conceito significativo "fé em Deus" deve ser atribuído FP.
7.	Se um conceito significativo não está contido na ICF e não é claramente um fator pessoal, a este conceito é atribuído o significado NA (não abrangido pela ICF).	Ao item 3 da "Hamilton Rating Scale for Depression" - "...tentativas de suicídios", deve ser atribuído o significado NA.
8.	Se o conceito significativo se refere a um diagnóstico ou a uma condição de saúde, ao conceito significativo será atribuído, o significado CS - Condição de Saúde.	Ao item 8 do "Asthma Quality of Life Questionnaire" - "Quantas vezes durante as duas últimas semanas você sentiu a sua respiração alterada como resultado da sua asma? ", ao conceito significativo "asma" deve ser atribuído o significado CS.

As codificações atribuídas aos itens do MAB pelos pesquisadores foram realizadas de forma independente e cega. Os resultados foram comparados quanto à concordância (pelo coeficiente *Kappa*). Para resolver as discordâncias entre os pesquisadores foi solicitado o parecer de um terceiro pesquisador.

Após o processo de ligação dos conceitos significativos MAB/ICF, estabelecemos o mesmo processo entre o CSG e o MAB, que nos permitisse posteriormente validar o Core Set junto da população em estudo e contribuir para o desenvolvimento de um Core Set abreviado.

Após a realização dos dois processos de ligação conceitual, organizámos a quantificação das variáveis do Core Set.

c) Quantificação dos Qualificadores das Categorias do CSG

Apesar de em 2011, o grupo alemão colaborador da OMS para a ICF, ter emitido algumas instruções sobre o processo de validação dos Core Sets e o desenvolvimento dos Core Sets abreviados, continuamos a observar alguma ambiguidade e mesmo discrepância nas investigações, respeitante aos processos de quantificação dos

qualificadores da ICF, bem como relativamente à utilização dos instrumentos que permitem essa ligação. Em alguns trabalhos alguns qualificadores ficam omissos, noutros aglutinam-se os três qualificadores intermédios e ainda há quem utilize todos os qualificadores. Por seu lado, no que respeita aos instrumentos de ligação, em alguns trabalhos é utilizada uma escala visual analógica para medir todas as categorias, enquanto noutros são utilizados instrumentos ou questionários. Face a esta dificuldade, estabelecemos um processo que nos permitisse sempre que possível, utilizar e respeitar os qualificadores da classificação e ao mesmo tempo utilizar o MAB ou outro instrumento de medida.

A ligação conceptual das variáveis CSG/MAB foi abrangente, conforme apresentamos no capítulo dos Resultados. No entanto, como se pode observar na Tabela 33 as pontuações do MAB não têm uma ligação direta com os qualificadores da ICF.

Ou seja, os quantificadores do MAB “2, 1 e 0”, têm sempre cada um, uma dupla ligação com os qualificadores da OMS.

Também do ponto de vista conceptual existe uma diferença entre os atributos; os qualificadores da OMS traduzem a extensão ou magnitude da incapacidade, as pontuações ou *scores* do MAB, medem a funcionalidade do indivíduo. Para facilitar a ligação e o entendimento destes conceitos entre os dois instrumentos, traduzimos a pontuação do MAB em percentagem de funcionalidade, daí retirando a percentagem de incapacidade, por forma a poder ser comparada com os qualificadores da ICF, conforme apresentado também na Tabela 24.

Tabela 24 – Ligação entre os qualificadores do CSG e as pontuações do MAB

Atributo		Qualificadores		% Incapacidade		% Funcionalidade	
CSG-OMS	MAB	CSG-OMS	MAB	CSG-OMS	MAB	CSG-OMS	MAB
Nenhum, Ausente, Escassa	Independente	0	3	0-4%	0%	≥96%	100%
Ligeira, Leve, Pequena	Autónomo (com dispositivos de auxílio)	1	2	5-24%	23%≤ - <33%	76-95%	67%≤ - <77%
Moderada, Média	Dependente (ajuda regular de 3ºs)	2	1	25-49%	37%≤ - <67%	51-75%	33%≤ - <63%
Grave, Grande, Extrema	Incapaz	3	0	50-95%	≥70%	5%-50%	0%≤ - <30%
Completa, Total		4		96-100%		≤4%	

O MAB traduz o perfil de funcionalidade do indivíduo, cujo resultado é efetuado por quatro níveis – “Incapaz”; “Dependente de 3ºs”; “Autónomo com Dispositivos de Auxílio” e “Independente” -, que permitem sinalizar um estado de funcionalidade favorável (resultados “Independente” ou “Autónomo”) ou pelo contrário um estado de funcionalidade desfavorável (resultados “Incapaz” ou “Dependente de 3ºs”). Apoiado nesta aspeto conceptual, o MAB tem as pontuações das suas variáveis e dos seus *scores*, definidos por estas possibilidades de respostas ou “classes” de resposta.

No entanto, as orientações da OMS vão no sentido de que a capacidade do indivíduo, traduzida pela sua funcionalidade ao nível das atividades, seja avaliada sem qualquer apoio. Ou seja, este constructo deve descrever a aptidão real sem dispositivo de auxílio ou de assistência pessoal, indicando o nível mais elevado de funcionalidade que uma pessoa pode atingir num dado domínio e num dado momento. Esta orientação tem subjacente o sentido de entender o impacto que os fatores ambientais têm sobre o indivíduo, quando o comparamos ao seu desempenho, onde a funcionalidade deste constructo é descrito e apoiado nesses fatores.

Tendo em conta este aspeto, conceptualmente as pontuações “1” e “2” do MAB, ligam-se ao desempenho e não à capacidade.

Fundamentada nestes axiomas, houve necessidade de organizar uma matriz de pontuação que respeitasse os qualificadores da OMS e respeitasse também a pontuação recolhida através do MAB e cuja operacionalização passamos a descrever.

As pontuações “0” e “3” do MAB ligaram-se invariavelmente e respetivamente aos qualificadores “4 – Deficiência/Limitação Completa” e “0 – Deficiência/Limitação Ausente”.

Sempre que o indivíduo pontuou “1” no MAB, foi ligado ao qualificador “3 – Deficiência/Limitação Grave”, assumindo-se que na ausência de assistência pessoal, o indivíduo fica gravemente impossibilitado na sua função ou na execução da sua atividade.

A pontuação “2” no MAB foi ligada de forma específica e diferenciada para o componente *Funções* e o componente *Atividades/Participação*, conforme explicamos seguidamente.

Nas *Funções* e apesar de conceitualmente ter existido uma ligação abrangente entre o MAB e a ICF, só estabelecemos ligação com quatro questões (orientação, funções miccionais e da defecação e o IMC), tendo todas as outras sido avaliadas. A pontuação da orientação resultou num *score* das dez questões do MAB, o qual foi ligado percentualmente aos qualificadores. A pontuação “2” nas funções miccionais e na defecação do MAB foi ligada ao qualificador “1” da OMS. No IMC dicotomizámos as pontuações: ao “0” e “1” do MAB atribuímos o qualificador “4”, à pontuação “3”, atribuímos o qualificador “0”.

As categorias *Funções* que não se ligaram ao MAB, mas onde foi possível utilizar testes específicos, estabeleceu-se a proporção descrita pela percentagem dos qualificadores, após o resultado do teste ser pontuado com “0 – Deficiência Ausente” ou “4 – Com Deficiência”.

Para que fosse possível detetar de uma forma mais precisa, as alterações decorrentes do processo de reabilitação, dicotomizámos a pontuação “2” nas ligações referentes às *Atividades/Participação*.

Quando o indivíduo pontuou “2” no MAB, foi-lhe perguntado/avaliado se “*na ausência do dispositivo de auxílio, lhe era impossível ter capacidade para...*”. Quando a resposta foi positiva, o indivíduo foi qualificado com “3 – Deficiência/Limitação Grave”, ou seja, assumimos que na ausência do dispositivo de auxílio, o indivíduo fica gravemente impossibilitado da execução dessa atividade. Quando respondeu negativamente, qualificámo-lo com “2 – Deficiência/Limitação Moderada”, assumindo que era possível executar a tarefa, embora de forma mais lenta ou menos precisa.

As categorias *Atividades/Participação* que não se ligaram ao MAB, mas onde foi possível utilizar testes específicos, estabeleceu-se a proporção descrita pela percentagem dos qualificadores, após o resultado do teste ser pontuado com “0 – Limitação Ausente” ou “4 – Com Limitação”. Constituiu exceção a categoria d465, conforme explicamos na Tabela 12.

Previmos para as categorias das *Estruturas* a graduação com “0 – Deficiência Ausente” ou “4 – Com Deficiência”, dada a dificuldade em graduar essas alterações em termos de exames.

As categorias dos *Fatores Ambientais* foram todas avaliadas por entrevista tendo sido graduadas com “0 – Facilitador/Sem Barreira”, “4 – Barreira/Sem Facilitador”, “5” – “Facilitador e Barreira” ou “9” – Não Aplicável. Relativamente à avaliação tivemos em conta o ambiente habitual do indivíduo, contrariamente ao contemplado noutros estudos, onde o ambiente de caracterização foi o ambiente hospitalar. Fizemos esta opção assente em dois pressupostos; o ambiente de internamento é uma situação espacial temporária na vida do indivíduo, além de que o importante é conhecer quais os *Fatores Ambientais* da sua vida real. Nesse sentido, importa sinalizar quais os fatores que interagem com a pessoa de forma a potencializar ou a dificultar a sua funcionalidade, aquando do seu regresso ao domicílio habitual. Estas também foram as justificações para que este componente só tenha sido sujeito a um momento de avaliação.

Para efeitos estatísticos e de validação, houve necessidade de realizar a recolha de dados em formato de observação, entrevista, consulta do processo clínico ou por avaliação/medição direta, relativamente a algumas categorias. O processo de

observação foi organizado de forma sistemática e a entrevista de forma estruturada, tendo em conta os conteúdos das definições e critérios de inclusão de cada categoria.

Essas opções aconteceram sempre que se verificaram as seguintes condições:

- Em todas as categorias que não obtivemos ligação com o MAB;
- Em todas as categorias que foram ligadas às questões P1 a P5 do MAB. Muitas deficiências das funções presentes no Core Set poderão não ser reconhecidas pelo indivíduo e por essa razão não serem identificadas enquanto “Queixas”.
- Nas categorias que por serem demasiado específicas no conceito da ICF, necessitaram de uma avaliação/medição mais objetiva.

Na Tabela 25 apresentamos de forma detalhada a forma como foram avaliadas e quantificadas todas as categorias.

Tabela 25 – Quantificação das Categorias do Core Set Geriátrico

<i>Componentes/Categorias</i>	<i>Procedimento</i>	<i>Pontuação/Score</i>
<i>Funções do Corpo</i>		
b110 Funções da Consciência	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b114 Funções da Orientação	Ligação ao MAB	0 – Correto 4 – Incorreto Média= P35-P44 Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Deficiência Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Deficiência Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Deficiência Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Deficiência Grave 4= SF> 3,8 - Deficiência Completa
b117 Funções Intelectuais	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b130 Funções da Energia e dos Impulsos	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b134 Funções do Sono	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b140 Funções da Atenção	Observação e Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b144 Funções da Memória	Avaliação [3 Questões Evocação (Pera, Gato, Bola); 2 Questões Memória Longo Prazo (Dia e Mês Nascimento)]	0 – Correto 4 – Incorreto Média das 5 questões Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Deficiência Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Deficiência Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Deficiência Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Deficiência Grave 4= SF> 3,8 - Deficiência Completa
b147 Funções Psicomotoras	Observação	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b152 Funções Emocionais	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b156 Funções da Percepção	Avaliação	0 – Correto

	(4 Testes – 2 agnosia visual e 2 agnosia tátil) ¹⁾	4 – Incorreto Média dos 4 testes Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Deficiência Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Deficiência Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Deficiência Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Deficiência Grave 4 = SF > 3,8 - Deficiência Completa
b167 Funções Mentais da Linguagem	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b176 Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos	Avaliação (3 Testes – gesto transitivo, intransitivo e de construção) ²⁾	0 – Correto 4 – Incorreto Média dos 3 testes Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Deficiência Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Deficiência Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Deficiência Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Deficiência Grave 4 = SF > 3,8 - Deficiência Completa
b180 Funções de experiência Pessoal e do Tempo	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b210 Funções da Visão	Entrevista e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b215 Funções dos Anexos dos Olhos	Observação e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b230 Funções Auditivas	Entrevista e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b240 Sensações Associadas à Audição e à Função Vestibular	Entrevista e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b260 Função Proprioceptiva	Avaliação (2 testes – posição no espaço e movimento/MS e MI) ³⁾	0 – Correto 4 – Incorreto Média dos 4 testes Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Deficiência Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Deficiência Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Deficiência Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Deficiência Grave 4 = SF > 3,8 - Deficiência Completa
b265 Função Tátil	Avaliação (testa sensibilidade tátil/MS e MI)	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b270 Funções Sensoriais Relacionadas com a Temperatura e Outros Estímulos	Avaliação (testa sensibilidade à pressão e à dor/MS e MI)	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b280 Sensação de Dor	Entrevista e Avaliação (carateriza a dor mais intensa, através da escala de Faces de Wong Baker)	0 – Deficiência Ausente (grau 0) 1 – Deficiência Ligeira (grau 2) 2 – Deficiência Moderada (grau 4) 3 – Deficiência Grave (graus 6 e 8) 4 – Deficiência Completa (grau 10)
b320 Funções da Articulação	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b410 Funções Cardíacas	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b415 Funções dos Vasos Sanguíneos	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b420 Funções da Pressão Arterial	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b430 Funções do Sistema Hematológico	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b435 Funções do Sistema Imunológico	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b440 Funções da Respiração	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b450 Funções Respiratórias Adicionais	Observação	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência

b455 Funções de Tolerância ao Exercício	Avaliação (prova de marcha estacionária dos 2')	0 – Deficiência Ausente (cumprir o teste dentro dos parâmetros para idade e sexo) 1 – Deficiência Ligeira (cumprir o teste com um desvio inferior a 25% dos parâmetros para idade e sexo) 2 – Deficiência Moderada (cumprir o teste com um desvio superior a 25% e inferior a 50% dos parâmetros para idade e sexo) 3 – Deficiência Grave (cumprir o teste com um desvio superior a 50% dos parâmetros para idade e sexo) 4 – Deficiência Completa (incapaz de realizar o teste)
b460 Sensações Associadas às Funções Cardiovasculares e Respiratórias	Entrevista e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b510 Funções de Ingestão	Observação e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b525 Funções de Defecação	Ligação ao MAB	P20 0 – Deficiência Ausente 1 – Deficiência Ligeira 3- Deficiência Grave 4- Deficiência Completa
b530 Funções de Manutenção do Peso	Ligação ao MAB	OB1 0 – Deficiência Ausente se $18,5\text{Kg/m}^2 \leq \text{IMC} < 25,0\text{Kg/m}^2$ 4 – Com Deficiência se $18,5\text{Kg/m}^2 > \text{IMC} \geq 25,0\text{Kg/m}^2$
b535 Sensações Associadas ao Aparelho Digestivo	Entrevista e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b540 Funções Metabólicas Gerais	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b545 Funções de Equilíbrio Hídrico, Mineral e Eletrolítico	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b620 Funções miccionais	Ligação ao MAB	P19 0 – Deficiência Ausente 1 – Deficiência Ligeira 3- Deficiência Grave 4- Deficiência Completa
b630 Sensações Associadas às Funções Urinárias	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b710 Funções da Mobilidade das Articulações	Avaliação [identifica a amplitude articular (AA) mais baixa por goniometria]	0 – Deficiência Ausente (AA total) 1 – Deficiência Ligeira ($> 3/4$ AA) 2 – Deficiência Moderada ($1/2 < \text{AA} \leq 3/4$) 3 – Deficiência Grave ($\leq 1/2$ AA) 4 – Deficiência Completa (não mobiliza)
b715 Funções da Estabilidade das Articulações	Avaliação e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b730 Funções da Força Muscular	Avaliação (identifica a força muscular mais baixa - teste muscular manual)	0 – Deficiência Ausente (Grau 5) 1 – Deficiência Ligeira (Grau 4) 2 – Deficiência Moderada (Grau 3) 3 – Deficiência Grave (Graus 1 e 2) 4 – Deficiência Completa (Grau 0)
b735 Funções do Tônus Muscular	Avaliação	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b755 Funções de Reações Motoras Involuntárias	Avaliação (avalia equilíbrio; estático e dinâmico nas posições sentado e de pé) ⁴⁾	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência Média dos 4 testes Score Final (SF): 0 = SF $< 0,2$ – Deficiência Ausente 1 = $1 > \text{SF} \geq 0,2$ - Deficiência Ligeira 2 = $2 > \text{SF} \geq 1$ - Deficiência Moderada 3 = $3,8 \geq \text{SF} \geq 2$ - Deficiência Grave 4 = SF $> 3,8$ - Deficiência Completa
b760 Funções de Controlo do Movimento Voluntário	Observação e Avaliação (avalia	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência

	coordenação: 2 testes MS e 2 testes MI) ⁵⁾	Média dos 4 testes Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Deficiência Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Deficiência Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Deficiência Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Deficiência Grave 4= SF> 3,8 - Deficiência Completa
b765 Funções dos Movimentos Involuntários	Observação	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b770 Funções Relacionadas com o Padrão de Marcha	Observação	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b780 Sensações Relacionadas com os Músculos e as Funções do Movimento	Entrevista e Avaliação	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b810 Funções Protetoras da Pele	Observação e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b820 Funções Reparadoras da Pele	Observação e Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
b840 Sensação Relacionada com a Pele	Entrevista	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
Estruturas		
s110 Estrutura do Cérebro		
s120 Medula Espinhal		
s320 Estrutura da Boca		
s410 Estrutura do Aparelho Cardiovascular		
s430 Estrutura do Aparelho Respiratório		
s610 Estrutura do Aparelho Urinário		
s620 Estrutura do Pavimento Pélvico		
s710 Estrutura da Região da Cabeça e do Pescoço	Processo Clínico	0 – Deficiência Ausente 4 – Com Deficiência
s720 Estrutura da Região do Ombro		
s740 Estrutura da Região Pélvica		
s750 Estrutura do Membro Inferior		
s760 Estrutura do Tronco		
s770 Estruturas Músculo-esqueléticas Adicionais Relacionadas com o Movimento		
s810 Estruturas das Áreas da Pele		
Atividades/Participação		
d130 Imitar	Avaliação (1 teste gestual; 1 teste figura) ⁶⁾	0 – Limitação Ausente 3 – Limitação Grave (compromisso num teste) 4 – Limitação Completa (compromisso nos dois teste)
d155 Adquirir Competências	Avaliação (utilizar um lápis para escrever o nome/fazer um desenho; colocar a mesa para a refeição)	0 – Limitação Ausente 3 – Limitação Grave (compromisso num teste) 4 – Limitação Completa (compromisso nos dois teste)
d177 Tomar Decisões	Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d230 Executar a Rotina Diária	Ligação ao MAB	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada 3 – Limitação Grave 4 – Limitação Completa Média = P25-P27 Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Limitação Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Limitação Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Limitação Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Limitação Grave 4= SF> 3,8 - Limitação Completa
d240 Lidar com o Stress e outras Exigências Psicológicas	Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d310 Comunicar e Receber Mensagens Orais	Observação e Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d315 Comunicar e Receber Mensagens Não Verbais	Observação e Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d330 Falar	Observação e Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d335 Produzir Mensagens Não Verbais	Observação e	0 – Limitação Ausente

	Entrevista	4 – Com Limitação
d360 Utilização de Dispositivos e de Técnicas de Comunicação	Ligação ao MAB	P23 0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada 3 – Limitação Grave 4 – Limitação Completa
d410 Mudar a Posição Básica do corpo	Ligação ao MAB	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada 3 – Limitação Grave 4 – Limitação Completa Média = P17-P18 Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Limitação Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Limitação Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Limitação Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Limitação Grave 4= SF> 3,8 - Limitação Completa
d415 Manter a Posição do Corpo	Avaliação	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada (Cumprir com dificuldade) 3 – Limitação Grave (Dependente de Auxílio) 4 – Limitação Completa
d420 Auto transferências	Avaliação	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada (Cumprir com dificuldade) 3 – Limitação Grave (Dependente de Auxílio) 4 – Limitação Completa
d440 Utilização de Movimentos Finos da Mão	Ligação ao MAB	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada 3 – Limitação Grave 4 – Limitação Completa Média = P23, P25, P27, P29 e P30 Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Limitação Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Limitação Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Limitação Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Limitação Grave 4= SF> 3,8 - Limitação Completa
d445 Utilização da Mão e do Braço	Ligação ao MAB	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada 3 – Limitação Grave 4 – Limitação Completa Média = P14-P17 e P24 Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Limitação Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Limitação Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Limitação Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Limitação Grave 4= SF> 3,8 - Limitação Completa
d450 Andar	Ligação ao MAB	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada 3 – Limitação Grave 4 – Limitação Completa Média = P10-P11 Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Limitação Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Limitação Ligeira 2 = 2>SF≥1 - Limitação Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Limitação Grave 4= SF> 3,8 - Limitação Completa
d460 Deslocar-se por Diferentes Locais	Ligação ao MAB	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada 3 – Limitação Grave 4 – Limitação Completa Média = P10-P12 Score Final (SF): 0 = SF <0,2 – Limitação Ausente 1 = 1>SF≥0,2 - Limitação Ligeira

		2 = 2>SF≥1 - Limitação Moderada 3 = 3,8≥SF≥2 - Limitação Grave 4= SF> 3,8 - Limitação Completa
d465 Deslocar-se Utilizando Algum Tipo de Equipamento	Ligação ao MAB	Considerar P10-P12. Se nestas questões a pontuação for 2 ou 3, atribuir 0=Limitação Ausente; se for 0 ou 1 atribuir 4=Com Limitação
d510 Lavar-se	Ligação ao MAB	P14 0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada (Cumprir com dificuldade) 3 – Limitação Grave (Dependente de Auxílio) 4 – Limitação Completa
d520 Cuidar de Partes do Corpo	Avaliação	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada (Cumprir com dificuldade) 3 – Limitação Grave (Dependente de Auxílio) 4 – Limitação Completa
d530 Cuidados Relacionados com os Processos de Excreção	Ligação ao MAB	P16 0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada (Cumprir com dificuldade) 3 – Limitação Grave (Dependente de Auxílio) 4 – Limitação Completa
d540 Vestir-se	Ligação ao MAB	P15 0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada (Cumprir com dificuldade) 3 – Limitação Grave (Dependente de Auxílio) 4 – Limitação Completa
d550 Comer	Ligação ao MAB	P21 0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada (Cumprir com dificuldade) 3 – Limitação Grave (Dependente de Auxílio) 4 – Limitação Completa
d560 Beber	Avaliação	0 – Limitação Ausente 2 – Limitação Moderada (Cumprir com dificuldade) 3 – Limitação Grave (Dependente de Auxílio) 4 – Limitação Completa
d570 Cuidar da Própria Saúde	Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d760 Relacionamentos Familiares	Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d770 Relacionamentos Íntimos	Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d860 Transações Económicas Básicas	Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d930 Religião e Espiritualidade	Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação
d940 Direitos Humanos	Entrevista	0 – Limitação Ausente 4 – Com Limitação

Fatores Ambientais

e110 Produtos ou Substâncias para Consumo Pessoal
e115 Produtos e Tecnologias para Uso pessoal na Vida Diária
e120 Produtos e Tecnologias destinados a Facilitar a Mobilidade e o Transporte Pessoal em Espaços Interiores e Exteriores
e125 Produtos e Tecnologias para a Comunicação
e140 Produtos e Tecnologias para a Cultura, Atividades Recreativas e Desportivas
e145 Produtos e Tecnologias para a Prática Religiosa e Espiritualidade
e150 Arquitetura, Construção, Materiais e Tecnologias Arquitetónicas em Prédios para Uso Público
e240 Luz

e245 Mudanças Relacionadas com o Tempo	
e250 Som	
e310 Família Próxima	
e315 Família Alargada	
e320 Amigos	
e325 Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade	
e330 Pessoas em Posição de Autoridade	Entrevista
e355 Profissionais de Saúde	
e360 Outros profissionais	
e410 Atitudes Individuais de Membros da Família Próxima	
e415 Atitudes Individuais de Membros da Família Alargada	
e420 Atitudes Individuais de Amigos	
e425 Atitudes Individuais de Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade	
e430 Atitudes Individuais de Pessoas em Posições de Autoridade	
e450 Atitudes Individuais de Profissionais de Saúde	
e455 Atitudes Individuais de Outros Profissionais	
e460 Atitudes Sociais	
e465 Normas, Práticas e Ideologias Sociais	
e570 Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Segurança Social	
e580 Serviços, Sistemas e Políticas Relacionadas com a Saúde	

0 – Facilitador/Sem Barreira
4 – Barreira/ Sem Facilitador
5 – Ambos
9 – Não Aplicável

1) Agnosia visual – reconhecer um pente e um relógio; Agnosia tátil – reconhecer chaves e caneta; 2) Gesto transitivo – levar um copo à boca; Gesto intransitivo – dizer adeus; Gesto construtivo – colocar fósforos numa caixa; 3) Posição no espaço MS – “o seu punho está para baixo ou para cima”?; Posição no espaço MI – “a sua perna está aberta ou está fechada”?; Movimento MS – “estou a abrir ou a fechar o seu braço”?; Movimento MI – “estou a levantar ou a baixar a sua perna”? 4) O equilíbrio dinâmico foi testado pedindo ao indivíduo que rodasse o tronco para a direita e para a esquerda; 5) Para o MS – dedo ao nariz e dedo ao dedo do terapeuta; para o MI – levar o calcanhar ao longo da perna até ao joelho; desenhar um círculo com o MI; 6) Imitar o gesto de pentear; Imitar o desenho de uma cruz.

d) Métodos de Análise Estatística

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos numa matriz informática, no programa estatístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20.0 para Windows.

Foi considerado o nível de significância de 5% em todas as análises inferenciais. Qualquer valor de probabilidade $p \leq 0,05$ representou o que se considera como diferença estatisticamente significativa, nas análises comparativas entre grupos de interesse.

As variáveis do MAB foram organizadas pelos componentes e domínios da ICF. Sempre que o domínio foi composto por mais do que uma variável, calculou-se o respetivo *score*, resultante da média dos valores das variáveis que o compunham. Desta forma, para o componente Funções calculou-se os *scores* das Queixas de Saúde, da Orientação do Tempo, da Orientação do Lugar, do Estado Cognitivo, das Funções Emocionais e da Continência. No componente Atividades/Participação foi possível organizar os *scores* nos domínios da Mobilidade, dos Auto Cuidados e da Vida Doméstica. As variáveis “usar telefone” e “gerir dinheiro” não foram consideradas nos

scores anteriores pois pertencem a domínios diferentes, tendo por isso sido analisadas de forma isolada.

Cada *score* independentemente do número de questões e do tipo de resposta variou sempre entre 0 e 3 pontos. A partir do *scores* calculados foram constituídos dois *outcomes*: o *outcome* da "Funcionalidade" ($\text{score} \geq 2$) e o *outcome* da "Incapacidade" ($\text{score} < 2$).

Análise Descritiva. Para a estatística descritiva das variáveis categóricas calculámos frequências absolutas e relativas. Para as variáveis numéricas, determinámos a média, a mediana, o desvio padrão (dp) e os valores máximos e mínimos.

Análise Inferencial. Foram efetuadas análises comparativas dos três grupos etários, sexo, estado civil e escolaridade, face às diferentes variáveis do estudo.

As análises comparativas entre dois grupos envolveram testes de *Wilcoxon* ou Qui-quadrado para variáveis categóricas e testes *T-Student* para amostras emparelhadas para as variáveis numéricas. Os resultados destas últimas foram confirmados, sempre que se justificou, com testes de *Mann-Whitney*.

As análises comparativas entre três grupos envolveram testes Qui-quadrado para variáveis categóricas e ANOVA para variáveis numéricas. Os resultados destas últimas foram confirmados, sempre que se justificou, com testes de *Kruskal-Wallis*.

Análise Multivariável. De modo a resumir a informação estatística mais relevante para a investigação, foram determinados *Odds Ratios* ajustados e respetivos intervalos de confiança, através de regressão logística multivariada pelo do método *Forward Wald*, tendo-se considerado como variáveis dependentes os *outcomes* da funcionalidade obtidos no momento da alta. Nesse sentido, foram considerados os *outcomes* relativos às *Funções Queixas de Saúde*, Estado Cognitivo, *Funções Emocionais e Continência* e as *Atividades/Participação* relativas à Mobilidade, Auto Cuidados, Vida Doméstica, Comunicação e Áreas Principais de Vida. Foram candidatas ao modelo as variáveis independentes que após análise univariada pelos testes do Qui-quadrado e Mc Nemer para amostras emparelhadas apresentaram um valor de significância $< 0,05$.

Os processos de ligação entre o MAB/ICF e o CSG/MAB foram analisados relativamente à concordância dos conceitos significativos, pelo índice *Kappa*.

Para a validação do Core Set, calculámos as frequências absolutas e relativas das deficiências e limitações/restrições das categorias dos componentes *Funções* e *Atividades/Participação* na admissão e no momento da alta. Para as categorias do componente *Fatores Ambientais*, calculámos as frequências absolutas e relativas das categorias que foram referidas pelos indivíduos como *Barreiras*, *Facilitadores* ou *Ambos*. As categorias foram consideradas como validadas se a sua frequência inicial de deficiência ou limitação foi >5% ou se a diferença entre a avaliação inicial e final sofreu diferenças estatisticamente significativas, resultantes dos testes de *McNemar* ou *Wilcoxon*, consoante as suas opções de resposta.

Categorias da funcionalidade não pertencentes ao Core Set, mas detetados a partir da avaliação do MAB, foram consideradas com potencial para serem incluídas se a sua frequência foi >5%.

A escolha das categorias do Core Set Abreviado teve em conta todas as variáveis que fizeram parte dos modelos de regressão logística dos *outcomes* da funcionalidade, após ter sido avaliado o seu poder preditivo e discriminativo. Para o primeiro considerou-se o valor *p* do teste de *Hosmer Lemeshow* e para o segundo, a área sob a curva *ROC* (*Receiver Operating Characteristic*), sendo os seus valores considerados com poder preditivo e discriminativo quando >0,05 ou >0,7 respetivamente.

7. Limitações

Constituíram limitações ao estudo causas de natureza operacional e causas de natureza metodológica.

As limitações operacionais englobaram fundamentalmente a forma como recolhemos os dados e o tempo em que essa operação decorreu.

No início do estudo caracterizámos a forma ou o processo como iríamos recolher os dados, tendo decidido que muitas das Funções seriam rececionadas através do processo clínico, vindo este método a revelar-se muito restritivo. As informações aí

contidas eram substancialmente escassas, aspeto que poderá ter condicionado os resultados.

Também a dimensão temporal da recolha dos dados poderá ter constituído uma limitação. Ou seja, a execução desta tarefa foi primordialmente executada pelos alunos que tinham a sua disponibilidade condicionada pelo calendário escolar, tendo daí resultado uma repetição sazonal que poderá ter limitado as condições de saúde observadas.

As dificuldades de ordem metodológica são mais abrangentes pela natureza exploratória e inovadora que a investigação tem em termos nacionais e até internacionais.

A maior dificuldade relacionou-se com a ligação dos quantificadores do MAB e os qualificadores da OMS. Apesar de termos respeitado os aspetos conceptuais de ambos, a taxonomia que utilizámos foi diferente entre os componentes e até entre as variáveis do mesmo componente, aspeto que pode ter condicionado a frequência nas deficiências e limitações das categorias em análise.

Tivemos igualmente dificuldade em comparar resultados com a informação disponível nos estudos portugueses pelas diferenças conceptuais e metodológicas adotadas. Da mesma forma, a partilha de informação organizada e disponibilizada pela Rede é simplista e restritiva, inviabilizando igualmente tecer comentários e conclusões sobre as unidades que estudámos.

O facto de só existir até à data uma validação do Core Set Geriátrico limitou-nos também a comparação de resultados. Além disso a metodologia adotada nesse ensaio não estava suficientemente clara, precipitando-nos para a escolha de outras abordagens metodológicas, que nos impossibilitaram a comparação de resultados.

Constituiu também uma limitação o facto de não termos recolhido informação da funcionalidade/incapacidade na perspetiva dos utentes, apesar de para o cumprimento dos objetivos operacionais da investigação esse aspeto não ter criado dificuldades.

O conjunto de informação relativo ao estado de pré-morbilidade e relatado pelos indivíduos, pode incluir algum enviesamento de memória ou estar sobrevalorizado relativamente ao *status* vivenciado na atualidade.

CAPÍTULO II - RESULTADOS

A apresentação de resultados está organizada em cinco secções:

- A primeira secção diz respeito aos resultados que obtivemos nos processos de ligação entre o MAB e a ICF e entre o CSG e o MAB;
- Na segunda secção apresentamos a caraterização da amostra de acordo com os componentes e domínios da ICF, cujos componentes Funções e Atividades/Participação dizem respeito ao estado pré-morbilidade, estratificada pela idade e sexo;
- Na terceira secção é apresentada a funcionalidade da amostra respeitante às Funções e Atividades/Participação das variáveis do MAB, aquando do internamento na Rede e a sua evolução até ao momento da alta, bem como a funcionalidade alcançada relativa ao estado pré-morbilidade, estratificada também pela idade e sexo;
- Na quarta secção é apresentada a funcionalidade da amostra aquando do internamento na Rede bem como a sua evolução através das categorias do CSG, que nos permitirá proceder à sua validação.
- Finalmente na seção cinco são apresentados os resultados respeitantes ao Core Set Abreviado.

1. Processo de Ligação entre os Instrumentos do Estudo

a) Processo de Ligação MAB/ICF⁷

Resumo. Das cinquenta e seis questões do MAB, quatro não estabeleceram ligação com a ICF, sendo todas respeitantes às quedas e seis foram consideradas como Fatores Pessoais. As restantes ligaram-se em termos de conceitos significativos a oitenta e três categorias da classificação, cuja relação se estabeleceu com todos os componentes, com exceção para o componente Estruturas do Corpo. O capítulo das Funções que permitiu o maior número de ligações diferentes foi b7 – Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento. Nas

⁷ Foi realizado um estudo piloto acerca destes processos de ligação, cujo conteúdo foi escrito em formato de artigo e enviado para publicação para a revista Educational Gerontology, encontrando-se no Anexo 11.

Atividades/Participação o MAB estabeleceu ligação com seis dos nove capítulos da ICF, sobretudo com d4 – Mobilidade e d5 – Auto Cuidados. A ligação com os Fatores Ambientais só ocorreu nos capítulos e1 – Produtos e Tecnologia e e3 – Apoio e Relacionamentos.

O processo de ligação dos conceitos significativos contidos nas questões do MAB e os conceitos significativos presentes nas diferentes categorias da ICF foi avaliado de forma cega por 3 avaliadores, conforme explicado no capítulo dos Materiais e Métodos. A concordância entre os observadores foi analisada pelo índice Kappa de Cohen cujo valor foi de 0,76 e cujos resultados são apresentadas na Tabela 26.

Tabela 26 - Ligação entre as questões do MAB e as categorias da ICF

Questão MAB	Conceito Significativo	Categoria ICF	Informação Adicional
P1 Queixas Músculo-esqueléticas	Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento	b710 b715 b730 b735 b740 b750 b755 b760 b765 b770 b780 b280	Toda e qualquer sensação de dor, deve ser vinculada exclusivamente a b280 – sensação de dor
P2 Queixas Visão	Visão e funções relacionadas	b210 b215 b220 b280	Idem
P3 Queixas Audição	Funções auditivas	b230 b240 b280	Idem
P4 Queixas Pele	Funções da pele	b810 b820 b830 b840 b280	Idem
P5 Queixas Outros Órgãos/Sistemas		b1 b2 b3 b4 b5 b6 b7 b8	Exceto aquelas que já foram ligadas anteriormente
OB1 IMC	Manutenção do peso	b530	
OB2 Medida Cintura	Manutenção do peso	b530	
P6 N° de Quedas	Quedas	NA ¹⁾	Em conformidade com a regra 7 (Cieza, et al, 2005)
P7 Momento de Quedas	Quedas	NA ¹⁾	Idem
P8 Motivo de Quedas	Quedas	NA ¹⁾	Idem
P9 Sequelas de Quedas ocorridas	Quedas	NA ¹⁾	Idem

P10 Andar em casa, dentro de edifícios	Andar em casa e dentro de edifícios	d4600 d4601	
P11 Andar na rua	Andar na rua	d4602	
P12 Andar em escadas	Subir/descer escadas	d4551	
P13 Locomoção e meios para visão e audição	Produtos para uso pessoal na vida diária	e115	
P14 Lavar-se/tomar banho	Lavar-se e secar-se	d5100 d5101 d5102	Inclui partes do corpo e todo o corpo
P15 Vestir-se/despir-se	Vestir-se e despir-se	d5400 d5401 d5402 d5403 d5404	Inclui roupa e calçado, bem como, escolha apropriada
P16 Usar a sanita e/ou bacio/urinol	Cuidados com processos de excreção	d5300 d5301	Inclui micção e defecação
P17 Deitar-se/levantar-se da cama	Mudar de posição	d4100 d4201	Inclui auto transferir-se na posição de deitado
P18 Sentar-se/levantar-se de cadeiras	Idem	d4103 d4200	Inclui auto transferir-se na posição de sentado
P19 Controlar a urina	Continência urinária	b6202	
P20 Controlar as fezes	Continência fecal	b5253	
P21 Comer/alimentar-se	Comer	d550	
P22 Autonomia Física e meios para visão e audição	Produtos para uso pessoal na vida diária	e115	
P23 Usar o telefone	Telefonar	d3600	
P24 Fazer compras	Comprar	d6200	
P25 Preparar refeições	Cozinhar	d630	Inclui refeições simples e complexas
P26 Tarefas de lida da casa	Tarefas domésticas	d6401 d6402 d6403 d6404 d6405	Realizar as tarefas domésticas, com ou sem eletrodomésticos
P27 Lavar/tratar da sua roupa	Lavar roupa	d6400 d6403	Inclui utilização de eletrodomésticos
P28 Usar transportes	Utilização de transportes	d4701 d4702 d4751	Inclui conduzir
P29 Tomar os seus medicamentos	Cuidar da própria saúde	d5702	
P30 Gerir o seu dinheiro	Vida económica	d860 d865 d870	
P31 Autonomia Instrumental e meios para visão e audição	Produtos para uso pessoal na vida diária	e115	
P32 Triste / deprimido	Funções emocionais	b152	
P33 Nervoso / ansioso	Funções emocionais	b152	
P34 Outras Queixas Emocionais	Funções emocionais	b152	
P35 Orientação no Tempo – Ano	Funções da orientação temporal	b1140	
P36 Orientação no Tempo – Mês	Idem	b1140	
P37 Orientação no Tempo – Dia do Mês	Idem	b1140	
P38 Orientação no Tempo – Estação do Ano	Idem	b1140	

P39 Orientação no Tempo – Dia da Semana	Idem	b1140	
P40 Orientação no Espaço – País	Funções da orientação espacial	b1141	
P41 Orientação no Espaço – Distrito	Idem	b1141	
P42 Orientação no Espaço – Terra	Idem	b1141	
P43 Orientação no Espaço – Casa	Idem	b1141	
P44 Orientação no Espaço – Andar	Idem	b1141	
P45 Estado Civil	Estado Civil	FP ²⁾	Em conformidade com a regra 6 (Cieza, et al, 2005)
P46 N° de coabitantes na sua residência	Com quem vive	FP ²⁾	Idem
P47 Tempo em que está só nas 24h	Estar só	FP ²⁾	Idem
P48 Ter com quem desabafar / ter confidente	Apoio e relacionamentos	e310 e315 e320 e325 e330 e335 e340 e345 e355 e360	Pessoas que dão apoio emocional
P49 Escolaridade	Escolaridade	FP ²⁾	Em conformidade com a regra 6 (Cieza, et al, 2005)
P50 Profissão	Profissão	FP ²⁾	Em conformidade com a regra 6 (Cieza, et al, 2005)
P51 Andar a pé na rua	Exercício	d920	Recreação e lazer
P52 Ginástica ou desporto	Desporto	d9201	
P53 Outra atividade física	Exercício	d920	
P54 Refeições habituais	N° de refeições	FP ²⁾	Em conformidade com a regra 6 (Cieza, et al, 2005)

1) NA – Não Abrangido; 2) FP – Fator Pessoal

Os conceitos significativos contidos nas questões do MAB permitiram 83 ligações com a ICF. Foi possível estabelecer ligação com todos os componentes da classificação, exceto com o componente *Estruturas do Corpo*.

A questão aberta “Queixas de Outros Órgãos/Sistemas” foi a única que estabeleceu ligação com o 1º nível, todas as outras questões do instrumento permitiram ligação com categorias do 2º e 3º nível, nomeadamente 27 categorias das *Funções*, 37 das *Atividades/Participação* e 11 dos *Fatores Ambientais*. No entanto, as ligações com o 3º nível só se organizaram com as *Funções do Corpo* e com as *Atividades/Participação*, sendo que a maioria foi ligada com estas últimas.

O capítulo das *Funções* que permitiu o maior número de ligações diferentes (n=11) foi b7 – *Funções Neuromusculares e Relacionadas com o Movimento*. A categoria de 2º nível das *Funções* que mais vezes se ligou (n=4) foi b280 – *Sensação de dor*. Relativamente às categorias de 3º nível das *Funções*, estabeleceu-se ligação com 4; duas relacionadas com as *Funções de Continência* e duas relacionadas com as *Funções de Orientação*. Ainda no contexto da ligação com categorias de 3º nível das *Funções*, as categorias que mais vezes foram ligadas, foram a categoria *Orientação em Relação ao Tempo* e *Orientação em Relação ao Lugar*, ambas com 5 ligações.

Nas *Atividades/Participação* o MAB estabeleceu ligação com 6 dos 9 capítulos da ICF, ou seja, só não foi possível estabelecer relação com “*Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos*”, “*Tarefas e Exigências Gerais*” e “*Interações e Relacionamentos Interpessoais*”. Conforme já referido anteriormente, estabeleceu-se com este componente 37 correspondências, cujas ligações englobaram 31 categorias do 3º nível. Os domínios das *Atividades/Participação* com quem mais vezes se estabeleceram ligações foram d4 – *Mobilidade* (n=12) e d5 – *Auto Cuidados* (n=11).

Quanto aos *Fatores Ambientais*, a ligação só se concretizou em dois capítulos: “*Produtos e Tecnologia*” e “*Apoio e Relacionamentos*”. O primeiro estabeleceu ligação exclusivamente com uma categoria, e115 – *Produtos e Tecnologias para Uso Pessoal na Vida Diária*, enquanto o segundo foi relacionado com quase todas as categorias de 2º nível (n=10) desse domínio.

Existiram 4 questões do MAB com as quais não foi possível estabelecer ligação; todas relacionadas com as quedas.

Seis questões do MAB foram consideradas como *Fatores Pessoais* (estado civil, nº de coabitantes, tempo em que está só, escolaridade, profissão e nº de refeições habituais).

b) Processo de ligação CSG/MAB

Resumo. Se excluirmos o componente *Estruturas do Corpo*, os capítulos com ligações mais frágeis ou inexistentes foram nas *Funções*, o capítulo b1 – “*Funções Mentais*” e

nas Atividades/Participação os capítulos d3, d7 e d9 (“Comunicação”, “Interações e Relacionamentos Interpessoais” e “Vida Comunitária, Social e Cívica”, respectivamente). Quanto aos Fatores Contextuais, isso aconteceu nos capítulos e2 (“Ambiente Natural e Mudanças Ambientais Feitas pelo Homem”) e e4 (“Atitudes”). A categoria do CSG que obteve um maior número de ligações com o MAB foi b114, ou seja, “Funções de Orientação” (n=10). Cinquenta e três categorias do CSG não se ligaram a nenhuma questão do MAB.

Após o processo de ligação dos conceitos significativos MAB/ICF, estabelecemos o mesmo processo entre o CSG e o MAB, no sentido de nos permitir posteriormente validar esse Core Set junto da população em estudo e contribuir para o desenvolvimento de um Core Set Abreviado e cujos resultados se apresentam na Tabela 27.

Tabela 27 - Ligação entre as categorias do CSG e as questões do MAB

Categorias CSG	Questões do MAB
Funções do Corpo	
b110 Funções da Consciência	S/ligação
b114 Funções da Orientação	P35-P44
b117 Funções Intelectuais	S/ligação
b130 Funções da Energia e dos Impulsos	P5
b134 Funções do Sono	P5
b140 Funções da Atenção	P5
b144 Funções da Memória	P5
b147 Funções Psicomotoras	S/ligação
b152 Funções Emocionais	P32-P34
b156 Funções da Percepção	S/ligação
b167 Funções Mentais da Linguagem	P5
b176 Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos	S/ligação
b180 Funções de experiência Pessoal e do Tempo	S/ligação
b210 Funções da Visão	P2
b215 Funções dos Anexos dos Olhos	P2
b230 Funções Auditivas	P3
b240 Sensações Associadas à Audição e à Função Vestibular	P3
b260 Função Proprioceptiva	P5
b265 Função Táctil	P5
b270 Funções Sensoriais Relacionadas com a Temperatura e Outros Estímulos	P5
b280 Sensação de Dor	P1-P5
b320 Funções da Articulação	P5
b410 Funções Cardíacas	P5
b415 Funções dos Vasos Sanguíneos	P5
b420 Funções da Pressão Arterial	P5
b430 Funções do Sistema Hematológico	P5
b435 Funções do Sistema Imunológico	P5
b440 Funções da Respiração	P5
b450 Funções Respiratórias Adicionais	P5
b455 Funções de Tolerância ao Exercício	P5
b460 Sensações Associadas às Funções Cardiovasculares e Respiratórias	P5
b510 Funções de Ingestão	P5
b525 Funções de Defecação	P20
b530 Funções de Manutenção do Peso	OB1
b535 Sensações Associadas ao Aparelho Digestivo	P5
b540 Funções Metabólicas Gerais	P5

b545 Funções de Equilíbrio Hídrico, Mineral e Eletrolítico	P5
b620 Funções miccionais	P19
b630 Sensações Associadas às Funções Urinárias	P5
b710 Funções da Mobilidade das Articulações	P1
b715 Funções da Estabilidade das Articulações	P1
b730 Funções da Força Muscular	P1
b735 Funções do Tônus Muscular	P1
b755 Funções de Reações Motoras Involuntárias	P1
b760 Funções de Controlo do Movimento Voluntário	P1
b765 Funções dos Movimentos Involuntários	P1
b770 Funções Relacionadas com o Padrão de Marcha	P1
b780 Sensações Relacionadas com os Músculos e as Funções do Movimento	P1
b810 Funções Protetoras da Pele	P4
b820 Funções Reparadoras da Pele	P4
b840 Sensação Relacionada com a Pele	P4
Estruturas	S/ligação
Atividades e Participação	
d130 Imitar	S/ligação
d155 Adquirir Competências	P25, P52-P53
d177 Tomar Decisões	P24 e P30
d230 Realizar a Rotina Diária	P25-P27
d240 Lidar com o Stress e outras Exigências Psicológicas	P28
d310 Comunicar e Receber Mensagens Orais	S/ligação
d315 Comunicar e Receber Mensagens Não Verbais	S/ligação
d330 Falar	S/ligação
d335 Produzir mensagens Não Verbais	S/ligação
d360 Utilização de Dispositivos e de Técnicas de Comunicação	P23
d410 Mudar a Posição Básica do corpo	P17-P18
d415 Manter a Posição do Corpo	S/ligação
d420 Auto transferências	s/ligação
d440 Utilização de Movimentos Finos da Mão	P23, P25, P27, P29 e P30
d445 Utilização da Mão e do Braço	P24, P26,P28
d450 Andar	P10-P11 e P51
d460 Deslocar-se por Diferentes Locais	P12
d465 Deslocar-se Utilizando Algum Tipo de Equipamento	P10-P12
d510 Lavar-se	P14
d520 Cuidar de Partes do Corpo	S/ligação
d530 Cuidados Relacionados com os Processos de Excreção	P16
d540 Vestir-se	P15
d550 Comer	P21
d560 Beber	S/ligação
d570 Cuidar da Própria Saúde	s/Ligação
d760 Relacionamentos Familiares	S/ligação
d770 Relacionamentos Íntimos	S/ligação
d860 Transações Económicas Básicas	P24 e P30
d930 Religião e Espiritualidade	S/ligação
d940 Direitos Humanos	S/ligação
Fatores Ambientais	
e110 Produtos ou Substâncias para Consumo Pessoal	S/ligação
e115 Produtos e Tecnologias para Uso pessoal na Vida Diária	P13, P22 e P31
e120 Produtos e Tecnologias destinados a Facilitar a Mobilidade e o Transporte Pessoal em Espaços Interiores e Exteriores	P10-P12
e125 Produtos e Tecnologias para a Comunicação	S/ligação
e140 Produtos e Tecnologias para a Cultura, Atividades Recreativas e Desportivas	S/ligação
e145 Produtos e Tecnologias para a Prática Religiosa e Espiritualidade	S/ligação
e150 Arquitetura, Construção, Materiais e Tecnologias Arquitetónicas em Prédios para Uso Público	S/ligação
e240 Luz	S/ligação
e245 Mudanças Relacionadas com o Tempo	S/ligação
e250 Som	S/ligação
e310 Família Próxima	P48
e315 Família Alargada	P48
e320 Amigos	P48
e325 Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade	P48
e330 Pessoas em Posição de Autoridade	P48
e355 Profissionais de Saúde	P48
e360 Outros profissionais	P48
e410 Atitudes Individuais de Membros da Família Próxima	S/ligação
e415 Atitudes Individuais de Membros da Família Alargada	S/ligação
e420 Atitudes Individuais de Amigos	S/ligação

e425 Atitudes Individuais de Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade	S/ligação
e430 Atitudes Individuais de Pessoas em Posições de Autoridade	S/ligação
e450 Atitudes Individuais de Profissionais de Saúde	S/ligação
e455 Atitudes Individuais de Outros Profissionais	S/ligação
e460 Atitudes Sociais	S/ligação
e465 Normas, Práticas e Ideologias Sociais	S/ligação
e570 Serviços, Sistemas e Políticas Relacionados com a Segurança Social	S/ligação
e580 Serviços, Sistemas e Políticas Relacionadas com a Saúde	S/ligação

Se considerarmos os diferentes capítulos dos três componentes envolvidos no processo de ligação, observamos que cinquenta e três categorias do Core Set não obtiveram ligação com o MAB e os domínios cuja ligação foi mais frágil ou inexistente foram: nas *Funções*, o capítulo b1, as “*Funções Mentais*”; no que diz respeito às *Atividades/Participação* os capítulos d3, d7 e d9 (“*Comunicação*”, “*Interações e Relacionamentos Interpessoais*” e “*Vida Comunitária, Social e Cívica*”, respetivamente); relativamente aos *Fatores Contextuais*, isso aconteceu nos capítulos e2 (“*Ambiente Natural e Mudanças Ambientais Feitas pelo Homem*”) e em e4 (“*Atitudes*”).

A categoria do CSG que obteve um maior número de ligações com o MAB foi b114, ou seja, “*Funções de Orientação*” (n=10).

As 70 categorias do CSG que se ligaram ao MAB fizeram-no com 46 questões; o que aparentemente significa que 10 itens do MAB, não foram ligados ao Core Set. No entanto, podemos afirmar que estes 10 itens sem ligação, englobam as 6 questões que previamente já tinham sido considerados como *Fatores Pessoais*, bem como as 4 questões que considerámos como *não abrangidas*, significando então, que todas as questões do MAB foram ligadas ao Core Set.

Os itens do MAB que mais vezes se ligaram ao CSG foram as questões abertas P5 – “*Queixas de Outros Órgãos/Sistemas*” (n=24) e P1 – “*Queixas Músculo-esqueléticas*” (n=10), bem como a questão P50 – “*Ter com quem desabafar/ter confidente*” (n=7). Ou seja, no seu conjunto estas três questões estiveram envolvidas em cerca de 57% das categorias do CSG com ligação ao MAB.

2. Caracterização da Amostra

Resumo. A amostra foi constituída por 451 indivíduos. Observa-se uma prevalência superior do sexo feminino (62,1%) sendo a média da idade de $79,48 \pm 7,46$ anos. A maior parte é viúva, vive com familiares, está pouco tempo só e tem com quem desabafar; tem 4 ou menos anos de escolaridade e são reformados de profissões não qualificadas. A maioria referiu ser católica e ter um rendimento $\leq 250\text{€}$. A perceção do estado de saúde física e mental é favorável/boa, sendo os hábitos tabágicos e de álcool pouco prevalentes, enquanto o consumo habitual de refeições é de 4 por dia. A maior parte dos indivíduos referiu ter sofrido pelo menos uma queda no último ano; na mobilidade e nas atividades relacionadas com os auto cuidados observam-se níveis mais elevados de independência face às atividades instrumentais. Andar a pé é a atividade física mais comum, cuja prática corresponde a uma média de 2,5 horas por semana.

A maioria dos idosos nunca esteve internado, mas aqueles que experienciaram essa situação, o motivo aconteceu por fraturas do fémur ou acidentes vasculares encefálicos, com uma média de dias de internamento superior para os homens.

A idade foi a variável que mais se associou aos diferentes componentes e domínios da funcionalidade, inversamente àquilo que observámos no que diz respeito ao estado civil, cujos resultados mais desfavoráveis ocorreram sobretudo nos indivíduos com 85 ou mais anos. As mulheres apresentaram-se mais vulneráveis nos Fatores Contextuais e na mobilidade. A escolaridade mostrou também uma associação importante relacionada com a funcionalidade sobretudo na locomoção, auto cuidados e atividades instrumentais, onde invariavelmente os indivíduos sem escolaridade ou escolaridade reduzida revelaram níveis superiores de incapacidade.

A amostra foi constituída por 451 indivíduos, cuja distribuição por sexo, faixa etária e tipo de unidade se encontra na Tabela 28. Duas unidades de Média Duração só tinham a presença de fisioterapeutas. O rácio Doentes/Terapeutas teve um valor médio de $10 \pm 1,1$ doentes, com limites que variaram entre 9 e 12, sendo esse valor nas unidades de Média Duração significativamente inferior na comparação com o rácio das unidades de Convalescença ($p=0,011$), cujos valores médios foram $9,8 \pm 0,80$ versus $10,1 \pm 1,2$.

Tabela 28 – Distribuição da amostra por sexo, faixa etária e tipo de unidade

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451
	M n=63	H n=57	M n=145	H n=70	M n=72	H n=44	M=280 H=171
Média Duração	13 (20,6)	17 (29,8)	41 (28,3)	15 (21,4)	22 (30,6)	8 (18,2)	116 (25,7)
Convalescença	50 (79,4)	40 (70,2)	104 (71,7)	55 (78,6)	50 (69,4)	36 (81,8)	335 (74,3)

H: Homens; M: Mulheres; HM: Homens e Mulheres

a) Fatores Pessoais

Os Fatores Pessoais não foram até ao momento classificados pela OMS, no entanto devem ser incluídos em qualquer processo de avaliação/intervenção no sentido de se conhecer a sua contribuição e influência na funcionalidade. Eles são o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde (OMS, 2001). Neste componente poderão ser integrados a idade, o sexo, a raça, outros estados de saúde, estilos de vida, hábitos, nível de instrução, eventos na vida passada e atual, entre outros (OMS, 2001).

Por uma questão de organização e semelhança entre si, agrupámos os Fatores Pessoais em três dimensões: demográficos; sociais, culturais e económicos; e ainda comportamentos e eventos relacionados com a saúde.

Demográficos

Idade e Sexo. Foram recolhidos dados de 538 indivíduos, dos quais 87 faleceram ou não foi possível recolher informação no 2º momento de avaliação, por agudização e transferência para uma unidade hospitalar. Por essa razão, a amostra do estudo ficou constituída por 451 indivíduos, dos quais 280 (62,1%) são do sexo feminino e 171 (37,9%) do sexo masculino. O limite superior da idade foi de 102 anos para as mulheres e de 100 anos para os homens, sendo a média das idades de $79,48 \pm 7,46$ anos. A média de idade das mulheres foi superior relativamente aos homens ($p=0,037$; $80,45 \pm 7,38$ para $78,54 \pm 7,52$ anos).

Na Tabela 29 apresentamos a distribuição da amostra por idade e sexo.

Tabela 29 – Distribuição da amostra por idade e sexo

	65 – 74 anos n=120 (26,6%)		75 – 84 anos n=215 (47,7%)		≥ 85 anos n=116 (25,7%)		Total n=451
	M n=63 (52,5%)	H n=57 (47,5%)	M n=145 (67,4%)	H n=70 (32,6%)	M n=72 (62,1%)	H n=44 (37,9%)	M=280 (62,1%) H=171 (37,9%)
min	65	65	75	75	85	85	65
máx	74	74	84	84	102	100	102
m	69,52	70,09	80,21	79,39	88,94	88,16	79,48
mediana	70,00	71,00	81,00	79,00	88,00	87,00	80,00
dp	3,15	2,74	2,78	2,82	3,33	3,26	7,46

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio

O estado civil revelou que 256 (56,8%) dos indivíduos não tinha companheiro (a) e 195 (43,2%) disseram ser casados ou a viverem em união de facto. Observámos diferenças no estado civil em relação à idade ($p < 0,001$); o grupo etário mais velho apresentou-se mais só relativamente aos grupos mais novos ($p < 0,001$ para ambos os grupos), mas não se observou diferenças entre estes ($p=0,052$). As mulheres revelaram viver mais isoladas ($p < 0,001$), sendo a percentagem de mulheres com conjugalidade “só” de 71,9% para 28,1% relativamente aos homens.

A escolaridade dos indivíduos apresentou-se muito baixa; 138 (30,7%) revelaram não possuir qualquer escolaridade e 271 (60,4%) referiram possuir 4 ou menos anos. Encontrámos diferenças relativamente à idade ($p < 0,001$); os mais velhos apresentaram nível de escolaridade inferior quando comparados com os mais novos ($p=0,026$ para o grupo dos 75-84 anos; $p < 0,001$ para o grupo dos 65-74 anos), da mesma forma que o grupo dos 75-84 anos se apresentou com escolaridade mais reduzida, face ao grupo mais novo ($p < 0,001$). O sexo não revelou diferenças nesta variável.

Na Tabela 30 apresentamos a distribuição do estado civil e da escolaridade relativamente à idade, sexo e total.

Tabela 30 – Distribuição da amostra por estado civil e escolaridade por grupo etário, sexo e no total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos	
	M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171		
n (%)									
Estado Civil									
Viúvo/Solteiro/Separado	30 (47,6)	22 (38,6)	94 (64,8)	23 (32,9)	60 (83,3)	27 (61,4)	256 (56,8)	<0,001	<0,001
Casado/União Facto	33 (52,4)	35 (61,4)	51 (35,2)	47 (67,1)	12 (16,7)	17 (38,6)	195 (43,2)		
Escolaridade									
Sem Escolaridade	10 (15,9)	8 (14,0)	45 (31,0)	24 (34,3)	34 (47,2)	17 (38,6)	138 (30,6)	<0,001	0,332
≤ 4 Anos Escolaridade	42 (66,7)	42 (73,7)	90 (62,1)	40 (57,1)	36 (50,0)	21 (47,7)	271 (60,1)		
> 4 Anos Escolaridade	11 (17,5)	7 (12,3)	10 (6,9)	6 (8,6)	1 (1,4)	5 (11,4)	40 (8,9)		
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	1 (2,3)	2(0,4)		

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos

Sociais, Culturais e Económicos

Averiguámos se os indivíduos viviam sós ou acompanhados e quanto tempo passavam sozinhos, fazendo a análise comparativa relativamente aos grupos de interesse. Revelaram viver sozinhos 134 (29,7%) dos indivíduos; sendo essa percentagem superior nas mulheres ($p=0,037$; 33,2% vs 24,0%) e nos viúvos/separados/solteiros ($p<0,001$; 51,2% vs 1,5%).

Quanto ao tempo que passavam sós, 148 (32,8%) idosos manifestaram passarem mais de 8 horas sozinhos e essa prevalência foi superior nos viúvos/separados/solteiros ($p<0,001$; 50,8% vs 9,2%).

Na Tabela 31 é apresentada a distribuição da amostra por coabitação e “tempo que passa só” por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Tabela 31 – Distribuição da amostra por coabitação e tempo que passa só por grupo etário, sexo e no total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾
n (%)											
Com Quem Vive											
Só	14 (22,2)	13 (22,8)	52 (35,9)	15 (21,4)	27 (37,5)	13 (29,5)	134 (29,7)	0,108	0,037	<0,001	0,873
Com Outros	49 (77,8)	44 (77,2)	93 (64,1)	55 (78,6)	45 (62,5)	31 (70,5)	317 (70,3)				
Tempo Passa Só											
≥ 8 Horas	18 (28,6)	13 (22,8)	45 (31,0)	26 (37,1)	30 (41,7)	16 (36,4)	148 (32,8)	0,078	0,818	<0,001	0,208
<8 Horas	45 (71,4)	44 (77,2)	100 (69,0)	44 (62,9)	42 (58,3)	28 (63,6)	303 (67,2)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Indagámos os indivíduos acerca da sua crença religiosa, da prática de culto e qual a prática religiosa. Apesar da prática de culto ser considerada uma *Atividade/Participação*, os seus resultados irão ser apresentados aqui por uma questão de articulação com as outras duas variáveis que lhe estão associadas.

Revelaram ter crença religiosa 375 (83,1%) indivíduos, observando-se diferenças na idade ($p=0,002$), no sexo ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p=0,001$). Na idade, os mais idosos referiram ter mais crença religiosa que os mais novos ($p=0,009$), da mesma forma que aqueles com idade entre os 75-84 anos ($p=0,001$). As mulheres apresentaram-se com crença religiosa superior face aos homens (90,7% vs 71,6%) e na escolaridade os idosos sem escolaridade manifestaram nível superior de crença religiosa relativamente aos mais escolarizados ($p=0,002$), tal como aconteceu no grupo com escolaridade ≤ 4 anos de escolaridade ($p < 0,001$).

A prática de culto foi referenciada por uma percentagem inferior de indivíduos; só 201 (44,6%) idosos afirmaram praticá-la e esse número foi superior nas mulheres ($p < 0,001$; 58,2% vs 22,5%) e nos indivíduos com conjugalidade “só” ($p=0,038$; 48,8% vs 39,0%).

A maior parte da amostra [372 (82,5%) indivíduos] revelou ser a religião católica a sua crença religiosa.

Na Tabela 32 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à crença religiosa, à prática de culto e à religião adotada, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 32 – Distribuição da amostra relativamente à crença religiosa, à prática de culto e à religião, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Crença Religiosa											
Sim	51 (81,0)	37 (64,9)	136 (93,8)	51 (72,9)	67 (93,1)	33 (75,0)	375 (83,1)	0,002	<0,001	0,792	0,001
Não	12 (19,0)	20 (35,1)	9 (6,2)	18 (25,7)	5 (6,9)	10 (22,7)	74 (16,4)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	1 (2,3)	2 (0,4)				
Prática de Culto											
Sim	35 (55,6)	11 (19,3)	86 (59,3)	14 (20,0)	42 (58,3)	13 (29,5)	201 (44,6)	0,250	<0,001	0,038	0,456
Não	28 (44,4)	46 (80,7)	59 (40,7)	55 (78,6)	30 (41,7)	30 (68,2)	248 (55,0)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	0 (0)	1 (2,3)	2 (0,4)				
Qual Religião											
Católica	49 (77,8)	38 (66,7)	134 (92,4)	52 (74,3)	64 (88,9)	35 (79,5)	372 (82,5)	0,441	0,383	0,626	0,159
Outra	0 (0)	1 (1,8)	2 (1,4)	0 (0)	3 (4,2)	0 (0)	6 (1,3)				
Não Sabe/Não Responde	14 (22,2)	18 (68,4)	9 (6,2)	18 (25,7)	5 (6,9)	9 (20,5)	73 (16,2)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Os indivíduos foram questionados quanto ao seu rendimento económico, tendo-se observado que a prevalência mais elevada se situou no rendimento $\leq 250\text{€}$. Observámos diferenças significativas relativamente ao sexo, com as mulheres a apresentarem rendimentos inferiores ($p=0,002$; 65% vs 43,2%) e na escolaridade ($p<0,001$), onde os indivíduos sem escolaridade ou com escolaridade mais reduzida apresentaram rendimentos mais baixos; indivíduos sem escolaridade vs indivíduos com escolaridade ≤ 4 anos ($p=0,013$); indivíduos sem escolaridade vs indivíduos com escolaridade > 4 anos ($p\leq 0,001$); indivíduos com escolaridade ≤ 4 anos vs indivíduos com escolaridade > 4 anos ($p\leq 0,001$).

Na Tabela 33 apresentamos a distribuição da amostra relativamente ao rendimento económico, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 33 – Distribuição da amostra relativamente ao rendimento económico, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
n (%)											
Rendimento Económico											
Sem Rendimentos	7 (11,1)	3 (5,3)	12 (8,3)	1 (1,4)	7 (9,7)	1 (2,3)	31 (6,9)				
≤ 250€	26 (41,3)	20 (35,1)	73 (50,3)	36 (51,4)	32 (44,4)	15 (34,1)	202 (44,8)				
>250€ e ≤500€	22 (34,9)	22 (38,6)	33 (22,8)	20 (28,6)	19 (26,4)	13 (29,5)	129 (28,6)	0,111	0,002	0,552	<0,001
>500€	7 (11,1)	6 (10,5)	9 (6,2)	5 (7,1)	2 (2,8)	8 (18,2)	37 (8,2)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	6 (10,5)	18 (12,4)	8 (11,4)	12 (16,7)	7 (15,9)	52 (11,5)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Relativamente à profissão, todos os indivíduos que responderam, afirmaram ser reformados de profissões sobretudo não qualificadas. A análise comparativa nos grupos de interesse revelou diferenças significativas na idade ($p < 0,001$) e naturalmente na escolaridade ($p < 0,001$). O grupo etário mais velho apresentou profissões menos qualificadas face aos grupos mais novos ($p=0,023$ para os de 75-84 anos; $p < 0,001$ para os de 65-74 anos), da mesma forma que o grupo de idade entre os 75-84 anos relativamente aos mais novos ($p=0,036$). Relativamente à escolaridade, os idosos sem escolaridade apresentaram profissões menos qualificadas relativamente aos escolarizados ($p < 0,001$ em ambas as comparações), da mesma forma que aqueles com escolaridade ≤ 4anos, face aos mais escolarizados ($p \leq 0,001$).

Na Tabela 34 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à profissão, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 34 – Distribuição da amostra relativamente à profissão, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾
	n=63		n=145		n=72						
Profissão	n (%)										
Não Qualificado ³⁾	23 (63,5)	47 (69,1)	91 (77,8)	77 (78,6)	77 (88,5)	24 (82,5)	349 (77,4)	0,001	0,080	0,422	<0,001
Qualificado ⁴⁾	13 (25,0)	16 (23,5)	19 (16,2)	14 (14,3)	7 (8,0)	1 (3,4)	70 (15,5)				
Intermédio ⁵⁾	5 (9,6)	3 (4,4)	5 (4,3)	5 (5,1)	1 (1,1)	2 (6,9)	21 (4,7)				
Especialista ⁶⁾	1 (1,9)	1 (1,5)	2 (1,7)	2 (2,0)	0	2 (6,9)	8 (1,8)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,5)	0 (0)	0 (0)	2 (2,3)	0 (0)	3 (0,7)				

1) M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Ex. operador de máquinas/fábrica, empregada doméstica; 4) Ex. costureira, carpinteiro, agricultor; 5) Ex. técnicos, administrativos; 6) Especialistas das profissões intelectuais e científicas, por ex.º licenciados, quadros superiores.

Comportamentos e Eventos Relacionados com a Saúde

Quando indagámos os indivíduos relativamente à ocorrência de outros Internamentos hospitalares anteriores, 103 (22,9%) indivíduos responderam afirmativamente, sendo o nº médio dessas hospitalizações anteriores foi de $1,23 \pm 0,76$ internamentos. Os principais motivos apontados foram as fraturas [18 (20,5%)] e os acidentes vasculares encefálicos [14 (15,9%)], cujo tempo médio de internamento rondou os $15,32 \pm 26,47$ dias.

A média do tempo de internamento hospitalar anterior à entrada na Rede foi de $22,63 \pm 16,3$ dias, tendo-se observado diferenças relativamente ao sexo ($p < 0,001$), com os homens a necessitarem de mais tempo no internamento hospitalar ($34,55 \pm 35,35$ vs $18,61 \pm 7,27$ dias).

Relativamente ao internamento na Rede, a média foi de $35,17 \pm 15,41$ dias na tipologia de Convalescença e de $83,28 \pm 33,33$ na Média Duração e Reabilitação não se observando diferenças nos grupos de interesse.

A média dos dias de internamento na Rede por tipologia e grupo etário e total é apresentada na Tabela 35, bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Tabela 35 – Média dos dias de internamento por tipologia de internamento na Rede, grupo etário e no total

	65 – 74 anos n=120	75 – 84 anos n=215	≥ 85 anos n=116	Total n=451	Efeitos			
					Idade	Sexo	EC ¹⁾	Ecol ²⁾
m±dp								
Conv. ³⁾	34,68±13,53	34,47±15,94	36,97±16,29	35,17±15,41	0,454	0,273	0,150	0,527
MDR ⁴⁾	82,37±37,51	82,39±29,30	85,83±36,89	83,28±33,33	0,889	0,463	0,968	0,685

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Unidade de Convalescença; 4) Unidade de Média Duração e Reabilitação

Perguntámos aos indivíduos a percepção que tinham sobre a sua saúde física e mental antes do internamento hospitalar, bem como na altura da alta da Rede. Em ambos os momentos de avaliação, os indivíduos manifestaram estar mais satisfeitos com a sua saúde mental do que com a sua saúde física ($p < 0,001$).

Quando comparámos as diferenças entre os dois momentos de avaliação, observámos que os indivíduos referiram sentir-se mais satisfeitos com a sua saúde física na altura da alta na Rede do que antes do internamento hospitalar ($p=0,001$), mas não verificámos essa condição relativamente à saúde mental ($p=0,752$).

Não observámos diferenças entre estas quatro variáveis e os grupos de interesse do estudo, com exceção para a percepção do estado da saúde mental na altura da alta, no que diz respeito ao sexo, apresentando-se os homens com uma percepção mais favorável ($p=0,029$; 86,8% vs 78,5%).

Na Tabela 36 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à percepção do estado de saúde física e mental dos dois momentos de avaliação por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 36 – Distribuição da amostra relativamente à percepção do estado de saúde física e mental por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E ^{C1)}	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171				
n (%)											
PESF Antes Inter. Hosp. ³⁾											
Muito Má/Má/Instável	32 (50,8)	19 (33,3)	45 (31,0)	22 (31,4)	28 (38,9)	13 (29,5)	159 (35,3)	0,156	0,163	0,580	0,419
Favorável/Boa/M Boa	30 (47,6)	37 (64,9)	92 (63,4)	47 (67,2)	41 (56,9)	28 (63,6)	275 (61,0)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	1 (1,8)	8 (5,5)	1 (1,4)	3 (4,2)	3 (6,8)	17 (3,7)				
PESM Antes Inter. Hosp. ⁴⁾											
Muito Má/Má/Instável	9 (14,3)	9 (15,8)	32 (22,1)	8 (11,5)	18 (25,0)	8 (18,2)	84 (18,6)	0,294	0,078	0,679	0,241
Favorável/Boa/M Boa	53 (84,1)	47 (82,5)	105 (72,4)	61 (87,1)	52 (72,2)	33 (75,0)	351 (77,8)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	1 (1,8)	8 (5,5)	1 (1,4)	2 (2,8)	3 (6,8)	16 (3,6)				
PESF Alta Rede ⁵⁾											
Muito Má/Má/Instável	20 (31,7)	12 (21,1)	34 (23,4)	20 (28,6)	20 (27,8)	17 (38,7)	123 (27,3)	0,315	0,581	0,974	0,999
Favorável/Boa/M Boa	42 (66,7)	45 (78,9)	109 (75,2)	49 (70,0)	50 (69,4)	24 (54,5)	319 (70,7)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	0 (0)	2 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,8)	3 (6,8)	9 (2,0)				
PESM Alta Rede ⁶⁾											
Muito Má/Má/Instável	8 (12,7)	7 (12,3)	38 /26,2)	5 (7,2)	13 (18,1)	10 (22,7)	81 (18,0)	0,168	0,029	0,804	0,055
Favorável/Boa/M Boa	54 (85,7)	50 (87,7)	105 (72,4)	64 (91,4)	57 (79,1)	31 (70,5)	361 (80,0)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	0 (0)	2 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,8)	3 (6,8)	9 (2,0)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Percepção Estado Saúde Física Antes do Internamento Hospitalar; 4) Percepção Estado Saúde Mental Antes do Internamento Hospitalar; 5) Percepção Estado Saúde Física no momento da Alta da Rede; 6) Percepção Estado Saúde Mental no momento da Alta da Rede

Avaliámos os indivíduos relativamente ao nº de refeições/dia, sendo que a média revelada pela amostra foi de $4,28 \pm 1,07$ refeições/dia, onde as mulheres se apresentaram a consumir mais refeições ($p=0,013$; $4,38 \pm 1,02$ vs $4,12 \pm 1,12$ refeições/dia), bem como os indivíduos casados/união de facto ($p=0,006$; $4,44 \pm 1,11$ vs $4,16 \pm 1,02$).

Na Tabela 37 são apresentados os resultados médios do nº de refeições/dia por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Tabela 37 – Média do nº refeições/dia por grupo etário, sexo e no total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
m±dp										
Nº Refeições/dia										
4,46±1,13	4,3±1,28	4,32±0,99	3,99±0,99	4,41±0,98	4,09±1,09	4,28±1,07	0,377	0,013	0,006	0,080

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; m – média; dp – desvio padrão do valor médio 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Quanto ao hábito de risco relativo ao consumo de tabaco, 70 (15,5%) dos indivíduos referiram ser fumadores, observando-se diferenças na idade ($p < 0,001$), no sexo ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p=0,028$). A presença deste risco foi superior no grupo etário mais novo face aos outros dois grupos ($p < 0,001$ para ambas as comparações), nos homens (34,5% vs 3,9%) e nos indivíduos com mais instrução na comparação com os idosos sem escolaridade ($p=0,012$) e na comparação com os idosos com escolaridade ≤ 4 anos ($p=0,016$).

A média do consumo foi de $35,6 \pm 28,2$ Unidade Maço Ano, observando-se diferenças relativamente ao sexo ($p=0,045$), com os homens a referirem um consumo superior ($38,28 \pm 29,05$ vs $17,03 \pm 8,50$).

Quanto ao consumo de álcool 130 (28,8%) indivíduos disseram consumir álcool regularmente. Quando analisámos as diferenças deste consumo, encontrámo-las na idade ($p=0,012$), no sexo ($p < 0,001$) e no estado civil ($p=0,004$). Na idade, os mais novos referiram um consumo superior na comparação com os mais idosos ($p=0,009$) e com aqueles com idade entre 75-84 anos ($p=0,013$). Quanto ao sexo, este consumo foi superior nos homens (62,0% vs 8,6%) e no estado civil entre aqueles que tinham companheiro (a) (35,9% vs 23,4%).

O consumo médio de bebidas/dia foi de $2,63 \pm 2,55$ bebidas/dia, registando-se diferenças no consumo médio relativamente à idade ($p=0,047$) e ao sexo ($p < 0,001$). Relativamente à primeira variável, os indivíduos mais novos consumiam mais na comparação com aqueles que tinham idade entre 75-84 anos ($p=0,038$) e no sexo o consumo médio era superior nos homens ($3,14 \pm 2,70$ vs $1,03 \pm 0,86$ bebidas/dia).

Na Tabela 38 apresentamos a distribuição da amostra por hábitos de risco por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Tabela 38 – Distribuição da amostra por hábitos de risco por grupo etário, sexo e no total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Fumador											
Não	55 (87,3)	27 (47,4)	142 (97,9)	54 (77,1)	72 (100)	31 (70,5)	381 (84,5)	<0,001	<0,001	0,649	0,028
Sim	8 (12,7)	30 (52,6)	3 (2,1)	16 (22,9)	0 (0)	13 (29,5)	70 (15,5)				
m±dp											
UMA ³⁾											
	16,8±8,2	43,1±34,5	17,5±10,9	37,1±19,9	0 (0)	28,1±21,6	35,6±28,2	0,485	0,045	0,555	0,219
n (%)											
Consumo Alcool											
Não	61 (96,8)	12 (21,1)	129 (89,0)	30 (42,9)	66 (91,7)	23 (52,3)	321 (71,2)	0,012	<0,001	0,004	0,232
Sim	2 (3,2)	45 (78,9)	16 (11,0)	40 (57,1)	6 (8,3)	21 (47,7)	130 (28,8)				
m±dp											
Nº Bebidas/Dia											
	0,67±0,58	3,58±3,39	1,14±0,96	2,82±2,1	0,88±0,64	2,79±1,84	2,63±2,55	0,047	<0,001	0,765	0,105

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Unidade Maço Ano

Indagámos os indivíduos quanto à necessidade de ajuda de outra pessoa para o desempenho dos auto cuidados e/ou atividades instrumentais.

Manifestaram necessidade de ajuda de outra pessoa no desempenho das tarefas de auto cuidados e/ou instrumentais, 262 (58,2%) indivíduos, sendo essa necessidade diferente relativamente à idade ($p < 0,001$); os mais idosos necessitavam mais de ajuda na comparação com o grupo dos 75-84 anos ($p = 0,019$) e com os mais novos ($p < 0,001$), da mesma forma que os do grupo etário intermédio relativamente aos mais novos ($p = 0,031$). Quanto à tipologia de ajuda, mais de metade dos idosos que a necessitavam [137 (52,3%)], manifestaram-na em ambas as situações, não se observando contudo, diferenças entre os grupos de interesse.

Na Tabela 39 é apresentada a distribuição da amostra relativamente à ajuda nos auto cuidados e atividades instrumentais por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Tabela 39 – Distribuição da amostra relativamente à ajuda nos autocuidados e atividades instrumentais por grupo etário, sexo e no total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
n (%)											
Necessidade Ajuda											
Não	37 (58,7)	28 (49,1)	66 (45,5)	24 (34,3)	16 (22,2)	17 (39,5)	188 (41,8)	<0,001	0,690	0,292	0,070
Sim	26 (41,3)	29 (50,9)	79 (54,5)	46 (65,7)	56 (77,8)	26 (60,5)	262 (58,2)				
Qual Atividade											
Autocuidados	3 (11,5)	---	7 (8,9)	2 (4,3)	5 (8,9)	3 (11,5)	20 (7,6)	0,213	0,437	0,112	0,301
Instrumentais	12 (46,2)	17 (58,6)	32 (40,5)	20 (43,5)	13 (23,2)	11 (42,3)	105 (40,1)				
Ambas	11 (42,3)	12 (41,4)	40 (50,6)	24 (52,2)	38 (67,9)	12 (46,2)	137 (52,3)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Quisemos saber o nº de quedas que os indivíduos tinham sofrido no último ano, bem como o momento em que as quedas tinham ocorrido e ainda qual o motivo e as suas sequelas.

Foram 241 (53,4%) os indivíduos que referiram ter sofrido quedas no último ano, sendo que na maior parte dos casos, isso ocorreu uma vez. O número de quedas mostrou ser diferente relativamente à idade ($p < 0,001$) e ao estado civil ($p = 0,027$). O grupo dos mais idosos sofreu mais quedas quando comparado com o grupo dos 75-84 anos ($p = 0,004$) e com o grupo dos 65-74 anos ($p < 0,001$). Entre os dois grupos mais novos também se observaram diferenças, onde o grupo dos 75-84 anos referiu mais quedas que os mais novos ($p = 0,007$). Os que não tinham cônjuge ou companheiro (a) referiram também número superior de quedas ($p = 0,027$) (58,3% vs 48,4%).

Relativamente ao tempo em que a última queda tinha ocorrido, a maior parte da amostra apontou o espaço temporal entre 1 mês e 1 ano, cujo motivo principal foi de causa externa e que produziu a maior parte das vezes alterações da mobilidade. O conjunto destas situações aconteceu com diferença estatisticamente significativa no grupo dos mais velhos, nas mulheres e naqueles cuja conjugalidade era “só”.

Voltámos a colocar estas questões no momento da alta da Rede, cujos resultados revelaram que 40 (8,9%) indivíduos tinham caído durante o internamento, há menos de 1 mês, cujo motivo tinha sido interno mas não deixando sequelas a maior parte das

vezes. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas nos grupos de interesse do estudo, relativamente a estas variáveis.

Na Tabela 40 apresentamos a distribuição da amostra relativamente ao nº de quedas, bem como ao momento, motivo e suas sequelas no último ano, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 40 – Distribuição da amostra relativamente ao nº, momento, motivo e sequelas das quedas no último ano, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Nº Quedas Último Ano											
≥ 4 Quedas	1 (1,6)	0 (0)	5 (3,4)	4 (5,7)	5 (6,9)	8 (18,2)	23 (5,1)	<0,001	0,072	0,027	0,090
2 a 3 Quedas	3 (4,8)	7 (12,3)	27 (18,6)	7 (10,0)	16 (22,2)	5 (11,4)	65 (14,4)				
1 Queda	21 (33,3)	17 (29,8)	53 (36,6)	17 (24,3)	31 (43,1)	14 (31,8)	153 (33,9)				
Sem Quedas	38 (60,3)	33 (57,9)	58 (40,0)	40 (57,1)	20 (27,8)	16 (36,4)	205 (45,5)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	0 (0)	2 (1,4)	2 (2,9)	0 (0)	1 (1,2)	5 (1,1)				
Momento Quedas											
<1 Mês	9 (14,3)	4 (7,0)	31 (21,7)	7 (10,3)	19 (26,4)	9 (20,9)	79 (17,7)	<0,001	0,005	0,022	0,079
≥1 Mês e <1 Ano	15 (23,8)	20 (35,1)	52 (36,4)	18 (26,5)	33 (45,8)	18 (41,9)	156 (35,0)				
≥ 1 Ano	1 (1,6)	0 (0)	2 (1,4)	3 (4,4)	0 (0)	0 (0)	6 (1,3)				
Sem Quedas	38 (60,3)	33 (57,9)	58 (40,6)	40 (58,8)	20 (27,8)	16 (37,2)	205 (46,0)				
Motivo Quedas											
Interno + Externo	4 (6,3)	5 (8,8)	23 (16,1)	11 (16,2)	16 (22,2)	6 (14,0)	65 (14,6)	<0,001	0,050	0,045	0,058
Interno	6 (9,5)	4 (7,0)	18 (12,6)	5 (7,4)	5 (6,9)	7 (16,3)	45 (10,1)				
Externo	15 (23,8)	15 (26,3)	44 (30,8)	12 (17,6)	31 (43,1)	14 (32,6)	131 (29,4)				
Sem Quedas	38 (60,3)	33 (57,9)	58 (40,6)	40 (58,8)	20 (27,8)	16 (37,2)	205 (46,0)				
Sequelas Quedas											
Com Alteração Mobilidade	17 (27,0)	10 (17,5)	58 (40,6)	16 (23,5)	40 (55,6)	19 (44,2)	160 (35,9)	<0,001	0,003	0,012	0,061
Sem Alteração Mobilidade	5 (7,9)	9 (15,8)	12 (8,4)	3 (4,4)	9 (12,5)	5 (11,6)	43 (9,6)				
Sem Sequelas	3 (4,8)	5 (8,8)	15 (10,5)	9 (13,2)	3 (4,2)	3 (7,0)	38 (8,5)				
Sem Quedas	38 (60,3)	33 (57,9)	58 (40,6)	40 (58,8)	20 (27,8)	16 (37,2)	205 (46,0)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A média do nº de co morbilidades foi baixa; $0,76 \pm 1,13$ co morbilidades, com limites entre 0 e 6. Não verificámos diferenças entre esta variável e os grupos de interesse do estudo, apesar da aproximação verificada relativamente ao sexo, onde os homens quase apresentavam uma média superior. As condições mais comuns foram a hipertensão arterial sistémica [101 (22,4%)], as condições cardíacas – insuficiência cardíaca, cardiopatia isquémica, arritmia cardíaca e derrame do pericárdio – representadas em 40 (8,9%) dos casos e a diabetes [38 (8,4%)].

Na Tabela 41 apresentamos a média das co morbilidades por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Tabela 41 – Prevalência das co morbilidades por grupo etário, sexo, estado civil, escolaridade e no total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
min	0	0	0	0	0	0	0				
máx	4	6	4	5	5	6	6				
m	0,60	0,91	0,71	1,03	0,81	0,77	0,79	0,884	0,051	0,251	0,288
mediana	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00				
dp	0,93	1,35	0,96	1,26	1,19	1,24	1,13				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

b) Condição de Saúde

As condições de saúde com frequências mais elevadas como causa de admissão na Rede foram as fraturas da extremidade superior do fémur e os acidentes vasculares encefálicos, em todas as faixas etárias, que no seu conjunto equivaleram a 73,6% dos casos.

A distribuição das restantes condições de saúde por grupo etário, sexo e total, apresenta-se na Tabela 42 bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Observámos diferenças relativamente à distribuição da condição de saúde e a idade ($p=0,007$); os indivíduos mais velhos apresentaram uma prevalência superior relativamente às fraturas do fémur na comparação com o grupo dos 65-74 anos ($p=0,002$), tendo o mesmo comportamento os do grupo de idade intermédia na comparação com os mais novos ($p=0,023$). Relativamente ao sexo houve também diferença, apresentando as mulheres número superior de fraturas ($p < 0,001$; 57,1% vs 26,9%) e também entre o estado civil ($p=0,015$); os indivíduos a viverem sós apresentaram uma prevalência superior, relativamente a esta condição (51,2% vs 38,5%).

Tabela 42 – Prevalência das Condições de Saúde por grupo etário, sexo e no total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
n (%)	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
S72-S72.9³⁾	29 (46,0)	13 (22,8)	86 (59,3)	14 (20,0)	45 (62,5)	19 (43,2)	206 (45,7)	0,007	<0,001	0,015	0,806
I60-I69⁴⁾	18 (28,6)	18 (31,6)	38 (26,2)	26 (37,1)	15 (20,8)	11 (25,0)	126 (27,9)				
J00-J99⁵⁾	7 (11,1)	11 (19,3)	7 (4,8)	11 (15,7)	6 (8,3)	4 (9,1)	46 (10,2)				
K25-K38; K65-K72⁶⁾	1 (1,6)	8 (14,0)	6 (4,1)	5 (7,1)	2 (2,8)	6 (13,6)	28 (6,2)				
C00-D48⁷⁾	1 (1,6)	4 (7,0)	1 (0,7)	5 (7,1)	0 (0)	0 (0)	12 (2,7)				
S78.1;S88; S98⁸⁾	3 (4,8)	0 (0)	3 (2,1)	2 (2,9)	0 (0)	3 (6,8)	10 (2,2)				
Outras⁹⁾	4 (6,3)	3 (5,3)	4 (2,8)	7 (10,0)	4 (5,6)	1 (2,3)	23 (5,1)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Lesões, traumas e outras consequências de causa externa; 4) Doenças cerebrovasculares; 5) Doenças sistema respiratório; 6) Doenças sistema digestivo; 7) Neoplasias; 8) Amputações; 9) Inclui entre outras, erisipela e doença vascular periférica

c) Fatores Ambientais

Os Fatores Ambientais que pesquisámos através do questionário de caracterização sócio demográfico e do MAB dizem respeito aos domínios dos *Produtos e Tecnologias*, *Apoios e Relacionamentos* e ainda *Atitudes*.

Produtos e Tecnologias

Indagámos os indivíduos quanto à necessidade de tecnologias de apoio e qual a tecnologia que necessitavam antes de terem sido internados no hospital.

A necessidade de utilizar uma tecnologia de apoio foi referenciada por 295 (65,6%) indivíduos, sendo essa necessidade superior nos mais idosos relativamente aos mais novos ($p < 0,001$ para os de idade ≥ 85 anos e os de 65-74 anos e $p < 0,001$ para os de 75-84 anos e os de 65-74 anos) e nas mulheres ($p < 0,001$; 71,8% vs 55,3%). As tecnologias mais utilizadas foram as ortóteses visuais [112 (38%)] e os auxiliares de marcha [87 (29,5%)], quer utilizados de forma isolada quer em utilização conjunta [74 (25,1%)]. Não encontramos diferenças no tipo de dispositivo de auxílio utilizado, relativamente aos grupos de interesse.

Na Tabela 43 é apresentada a distribuição da amostra relativamente à necessidade de tecnologias de apoio e de qual tecnologia por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Tabela 43 – Distribuição da amostra relativamente à necessidade de tecnologias de apoio por grupo etário, sexo e no total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Necessidade Tecnologias											
Não	24 (38,1)	37 (64,9)	40 (27,6)	25 (35,7)	15 (20,8)	14 (32,6)	155 (34,4)	<0,001	<0,001	0,443	0,085
Sim	39 (61,9)	20 (35,1)	105 (72,4)	45 (64,3)	57 (79,2)	29 (67,4)	295 (65,6)				
Qual Tecnologia											
OV ³⁾	16 (41,0)	9 (45,0)	44 (41,9)	13 (28,9)	20 (35,1)	10 (34,5)	112 (38,0)	0,956	0,761	0,660	0,138
OA ⁴⁾	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,2)	2 (3,5)	0 (0)	3 (1,0)				
OV + OA	0 (0)	1 (5,0)	3 (2,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (1,4)				
AM ⁵⁾	8 (20,5)	5 (25,0)	26 (24,8)	21 (46,7)	17 (29,8)	10 (34,5)	87 (29,5)				
CR ⁶⁾	3 (7,7)	2 (10,0)	0 (0)	3 (6,7)	1 (1,8)	1 (3,4)	10 (3,4)				
OV + AM	11 (28,2)	2 (10,0)	30 (28,6)	7 (15,6)	16 (28,1)	8 (27,6)	74 (25,1)				
OA +AM	1 (2,6)	1 (5,0)	2 (1,9)	0 (0)	1 (1,8)	0 (0)	5 (1,7)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Ortótese Visual; 4) Ortótese Auditiva; 5) Auxiliar de Marcha; 6) Cadeira de Rodas

Apoios e Relacionamentos

Tendo em conta a necessidade de ajuda no desempenho dos auto cuidados e atividades instrumentais, perguntámos aos indivíduos quem lhes prestava esse apoio. Conforme descrito nos Fatores Pessoais, manifestaram necessidade de ajuda de outra pessoa 262 (58,2%) indivíduos, sendo esse auxílio prestado sobretudo pelas (os) filhas (os) [89 (34%)] e os cônjuges [81 (30,9)]. Quando analisámos as diferenças entre grupos, verificámos que os mais novos eram mais auxiliados pelos cônjuges ($p=0,002$), da mesma forma que os homens ($p < 0,001$) e os casados ($p < 0,001$); enquanto os mais velhos, as mulheres e os viúvos (as) o eram pelos filhos.

Na Tabela 44 é apresentada a distribuição da amostra relativamente a quem presta apoio nos autocuidados e atividades instrumentais por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças relativamente aos grupos de interesse.

Tabela 44 – Distribuição da amostra relativamente a quem presta apoio nos auto cuidados e atividades instrumentais por grupo etário, sexo e no total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
n (%)											
Quem Ajuda											
Cônjuge	14 (53,8)	18 (62,1)	10 (12,7)	28 (60,9)	3 (5,4)	8 (30,8)	81 (30,9)	0,002	<0,001	<0,001	0,517
Filhos	5 (19,2)	2 (6,9)	34 (43,0)	10 (21,7)	31 (55,4)	7 (26,9)	89 (34,0)				
Outro Familiar	2 (7,7)	3 (10,3)	17 (21,5)	4 (8,7)	13 (23,2)	3 (11,5)	42 (16,0)				
Amigo/Vizinho	1 (3,8)	1 (3,4)	4 (5,1)	0 (0)	2 (3,6)	2 (7,7)	10 (3,8)				
Instituição	1 (3,8)	1 (3,4)	2 (2,5)	3 (6,5)	4 (7,1)	3 (11,5)	14 (5,3)				
Empregada	3 (11,5)	4 (13,8)	12 (15,2)	1 (2,2)	3 (5,4)	3 (11,5)	26 (9,9)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Atitudes

Averiguámos a interação com a família durante o processo de internamento, quer através de visitas regulares, quer por comunicação telefónica.

A maior parte dos indivíduos teve visitas semanais dos seus familiares [397 (88%) indivíduos], sendo que isso ocorreu sobretudo 3 ou mais vezes por semana. Os idosos sem conjugalidade ($p=0,032$) e com menos escolaridade ($p=0,001$) foram menos visitados.

Os contactos telefónicos com a família durante o internamento foram mais escassos do que as visitas; 184 (40,8%) indivíduos nunca estabeleceram essa relação. Quando analisámos as diferenças nos grupos de interesse do estudo, observámos diferenças significativas em todos eles, cuja manifestação se traduziu em contactos telefónicos mais reduzidos nos mais velhos ($p < 0,001$), nos homens ($p=0,001$), nos mais sós ($p=0,030$) e naqueles com escolaridade mais baixa ($p < 0,001$).

Na Tabela 45 apresentamos a distribuição da amostra relativamente às visitas e aos contactos telefónicos com a família durante o processo de internamento, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 45 – Distribuição da amostra relativamente às visitas e aos contactos telefónicos da família, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
n (%)											
Visitas Família											
Nunca	2 (3,2)	3 (5,3)	1 (0,7)	0 (0)	0 (0)	1 (2,3)	7 (1,6)	0,348	0,489	0,032	0,001
<1xmês	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	4 (0,9)				
1/2xmês	3 (4,8)	5 (8,8)	13 (9,0)	8 (11,4)	7 (9,7)	4 (9,1)	40 (8,9)				
1/2xsemana	27 (42,9)	27 (47,4)	56 (38,6)	27 (38,6)	39 (54,2)	14 (31,8)	190 (42,1)				
≥3xsemana	31 (49,2)	22 (38,6)	74 (51,0)	33 (47,1)	25 (34,7)	22 (50,0)	207 (45,9)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (2,3)	3 (0,7)				
Comunicação Telefónica											
Nunca	14 (22,2)	31 (54,4)	46 (31,7)	33 (47,1)	38 (52,8)	22 (50,0)	184 (40,8)	<0,001	0,001	0,030	<0,001
<1xmês	1 (1,6)	1 (1,8)	6 (4,1)	2 (2,9)	5 (6,9)	3 (6,8)	18 (4,0)				
1/2xmês	11 (17,5)	7 (12,3)	21 (14,5)	9 (12,9)	13 (18,1)	8 (18,2)	69 (15,3)				
1/2xsemana	18 (28,6)	12 (21,1)	34 (23,4)	12 (17,1)	12 (16,7)	6 (13,6)	94 (20,8)				
≥3xsemana	19 (30,2)	6 (10,5)	37 (25,5)	13 (18,6)	3 (4,2)	4 (9,1)	82 (18,2)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	0 (0)	1 (0,7)	1 (1,4)	1 (1,4)	1 (2,3)	4 (0,9)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Os idosos foram questionados relativamente à existência de possuírem um confidente e também quem era o seu confidente. A maior parte dos indivíduos, 350 (77,6%), responderam afirmativamente à questão de terem alguém com quem desabafar, tendo-se observado diferenças significativas na idade, estado civil e escolaridade. Os mais idosos apresentaram-se menos protegidos relativamente a esta variável ($p=0,044$), da mesma forma que aqueles cuja conjugalidade era “só” ($p < 0,001$), bem como os de escolaridade mais baixa ($p < 0,001$).

Quando indagámos quem era o confidente a maior parte referiu serem os filhos. Contudo observámos diferenças significativas entre os grupos de interesse do estudo; os mais novos ($p=0,021$) da mesma forma que os homens ($p < 0,001$) afirmaram que o seu maior confidente era o cônjuge, enquanto os mais sós relativamente ao estado civil, escolheram os filhos ($p < 0,001$).

Na Tabela 46 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à existência de confidente e quem é o confidente, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 46 – Distribuição da amostra relativamente à existência de confidente e quem é o confidente, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
n (%)											
Tem Confidente											
Não	15 (23,8)	12 (21,1)	29 (20,0)	10 (14,3)	20 (27,8)	15 (34,1)	101 (22,4)	0,044	0,763	<0,001	<0,001
Sim	48 (76,2)	45 (78,9)	116 (80,0)	60 (85,7)	52 (72,2)	29 (65,9)	350 (77,6)				
Quem é o Confidente											
Cônjuge	13 (20,6)	18 (31,6)	9 (6,2)	28 (40,0)	3 (4,2)	7 (15,9)	78 (17,3)	0,021	<0,001	<0,001	0,644
Filha (o)	34 (54,0)	19 (33,3)	81 (55,9)	27 (38,6)	39 (54,2)	21 (47,7)	221 (49,0)				
Outro Familiar	9 (14,3)	12 (21,1)	27 (18,6)	8 (11,4)	20 (27,8)	6 (13,6)	82 (18,2)				
Amiga (o)/Vizinha (o)	7 (11,1)	8 (14,0)	28 (19,3)	7 (10,0)	10 (13,9)	10 (22,7)	70 (15,5)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

d) Funções do Corpo

A funcionalidade pré-morbilidade do componente Funções do Corpo foi recolhida relativamente às *funções miccionais* e às *funções de defecação*. Referiram possuir incontinência urinária 31 (6,9%) indivíduos. A análise entre os grupos de interesse revelou diferenças significativas na idade ($p=0,001$), no sexo ($p=0,021$) e na escolaridade ($p=0,017$). Os grupos mais idosos, as mulheres e aqueles com escolaridade inferior apresentaram maior deficiência nas funções miccionais.

Quanto à continência fecal, os resultados foram idênticos, com 32 (7,1%) indivíduos a referirem dependência nesta função. Os mais idosos ($p < 0,001$) e o grupo sem escolaridade ($p < 0,001$) apresentaram-se em condição mais desfavorável relativamente a esta função.

Na Tabela 47 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à continência urinária e fecal, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 47 – Distribuição da amostra relativamente à continência urinária e fecal, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Controlo da Urina											
Incapaz/Não Controla	0 (0)	2 (3,5)	7 (4,8)	1 (1,4)	4 (5,6)	4 (9,1)	18 (4,0)	0,001	0,021	0,297	0,017
Dependente de Outros	2 (3,2)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	5 (6,9)	2 (4,5)	13 (2,9)				
Meios/Inc Esporádica ³⁾	13 (20,6)	9 (15,8)	49 (33,8)	14 (20,0)	25 (34,7)	12 (27,3)	122 (27,1)				
Independente	48 (76,2)	45 (78,9)	87 (60,0)	54 (77,1)	38 (52,8)	26 (59,1)	298 (66,1)				
Controlo das Fezes											
Incapaz/Não Controla	2 (3,2)	1 (1,8)	5 (3,4)	1 (1,4)	5 (6,9)	4 (9,1)	18 (4,0)	<0,001	0,059	0,223	<0,001
Dependente de Outros	1 (1,6)	2 (3,5)	4 (2,8)	0 (0)	5 (6,9)	2 (4,5)	14 (3,1)				
Meios/ Inc Esporádica ³⁾	7 (11,1)	5 (8,8)	32 (22,1)	11 (15,8)	21 (39,2)	10 (22,7)	86 (19,1)				
Independente	53 (84,1)	49 (86,0)	104 (71,7)	58 (82,9)	41 (56,9)	28 (63,6)	333 (73,8)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Incontinência Esporádica

Fizemos a análise estatística do *score* da continência, cujos resultados apresentamos na Tabela 48.

O limite inferior foi de 0,00 para a amostra total e para a maioria dos grupos avaliados, com exceção para as mulheres mais novas (1,00), enquanto o limite superior foi de 3,00 para a amostra total e para todos os grupos em avaliação.

A média deste *score* e para a amostra total foi de 2,59±0,71, cuja variação ocorreu entre 2,35±0,84 (mulheres mais velhas) e 2,76±0,51 (homens com idade entre os 75-84 anos).

Observámos diferenças significativas na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Relativamente à idade os mais idosos apresentaram um *score* mais baixo na comparação com os mais novos ($p=0,006$, para o grupo dos 75-84 anos e $p < 0,001$ para o grupo dos 65-74 anos). Na escolaridade as diferenças aconteceram entre os indivíduos sem escolaridade e aqueles com escolaridade ≤ 4 anos ($p=0,001$).

Tabela 48 – Estatística descritiva do score da continência no estado pré-morbilidade

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Score Domínio Continência Pré-morbilidade											
min	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,095	0,382	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,75	2,75	2,56	2,76	2,35	2,39	2,59				
mediana	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
dp	0,48	0,62	0,70	0,51	0,84	0,94	0,71				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

e) Atividades/Participação

Neste componente foi possível avaliar categorias dos capítulos da *Comunicação, Mobilidade, Auto Cuidados, Vida Doméstica, Áreas Principais da Vida e Vida Comunitária, Social e Cívica*. Apresentaremos os resultados das variáveis na sequência que surgem no MAB.

Mobilidade

A mobilidade pré morbilidade foi avaliada no domínio Andar e Deslocar-se com três variáveis: andar em casa, andar na rua e andar em escadas, no domínio Mudar e Manter a Posição do Corpo, com duas variáveis: deitar-se/levantar-se da cama e sentar-se/levantar-se de cadeiras e ainda com uma variável do domínio Deslocar-se Utilizando Transporte: usar transportes.

Andar e Deslocar-se. Os indivíduos revelaram resultados bastantes positivos na atividade andar em casa; só 44 (9,5%) referiram ser dependentes. Quando analisámos as diferenças entre os grupos de interesse, encontrámo-las na idade ($p < 0,001$), no sexo ($p=0,050$) e na escolaridade ($p < 0,001$). O grupo etário de idade ≥ 85 anos apresentou-se mais dependente ($p=0,001$) relativamente aos mais novos (65-74 anos) mas não relativamente ao grupo dos 75-84 anos ($p=0,066$). Entre estes dois últimos também observámos diferenças, onde os mais velhos pontuaram mais negativamente ($p=0,021$). Nas diferenças entre homens e mulheres, o sexo feminino apresentou-se mais vulnerável (10,7% vs 8,2%). Na variável escolaridade, os idosos sem escolaridade

foram mais dependentes do que aqueles com escolaridade ≤ 4 anos ($p < 0,001$) e também daqueles com escolaridade > 4 anos ($p=0,024$).

A mobilidade relativa a andar na rua, revelou dependência em 80 (17,7%) idosos. As diferenças estatisticamente significativas tiveram o mesmo comportamento que a variável andar em casa. O grupo etário mais idoso apresentou-se mais desfavorável relativamente aos mais novos ($p < 0,001$), mas não relativamente ao grupo dos 75-84 anos ($p=0,115$), sendo que estes se apresentaram também mais desfavoráveis relativamente ao grupo mais novo ($p=0,002$). As mulheres voltaram a manifestar-se mais vulneráveis ($p=0,023$) com uma percentagem superior de situações desfavoráveis comparativamente aos homens (29,2% vs 13,6%). As diferenças na escolaridade revelaram que o grupo sem escolaridade era mais dependente em andar na rua do que os outros dois grupos ($p=0,002$; $p=0,014$).

Foi na variável andar em escadas onde os indivíduos se mostraram mais vulneráveis; ou seja, a percentagem de dependência aumentou para 111 (24,6%) indivíduos. A análise comparativa entre os grupos de interesse revelou-se conforme as variáveis anteriores. A atividade andar em escadas mostrou diferenças significativas relativamente à idade ($p < 0,001$). O grupo etário dos 85 ou mais anos mostrou-se mais dependente relativamente ao grupo etário intermédio ($p=0,011$) e ao grupo mais novo ($p < 0,001$) e estes mostraram-se mais independentes quando os comparámos com o grupo etário dos 75-84 anos ($p=0,015$). As mulheres voltaram a apresentar situação mais desfavorável quando comparadas com os homens ($p=0,027$; 27,5% vs 19,9%), da mesma forma que os sem escolaridade se apresentaram mais dependentes face aos outros dois grupos ($p < 0,001$; $p=0,006$).

Na Tabela 49 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à mobilidade andar em casa, na rua e em escadas, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 49 – Distribuição da amostra relativamente às atividades andar e deslocar-se, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
n (%)											
Andar em Casa											
Incapaz/Não Anda	0 (0)	2 (3,5)	3 (2,1)	2 (2,9)	2 (2,8)	1 (2,3)	10 (2,2)	0,001	0,050	0,463	<0,001
Dependente de Outros	4 (6,3)	2 (3,5)	13 (9,0)	6 (8,6)	8 (11,1)	1 (2,3)	34 (7,5)				
Meios de Auxílio	17 (27,0)	8 (14,0)	41 (28,3)	21 (30,0)	34 (47,2)	15 (34,1)	136 (30,2)				
Independente	42 (66,7)	45 (78,9)	88 (60,7)	41 (58,6)	28 (38,9)	27 (61,4)	271 (60,1)				
Andar na Rua											
Incapaz/Não Sai	2 (3,2)	4 (7,0)	11 (7,6)	2 (2,9)	10 (13,9)	4 (9,1)	33 (7,3)	<0,001	0,023	0,174	0,003
Dependente de Outros	6 (9,5)	3 (5,3)	18 (12,4)	7 (10,0)	11 (15,3)	2 (4,5)	47 (10,4)				
Meios de Auxílio	17 (27,0)	7 (12,3)	45 (31,0)	27 (38,6)	25 (34,7)	16 (36,4)	137 (30,4)				
Independente	38 (60,3)	43 (75,4)	71 (49,0)	34 (48,6)	26 (36,1)	22 (50,0)	234 (51,9)				
Andar em Escadas											
Incapaz/Não Usa	8 (12,7)	6 (10,5)	14 (9,7)	7 (10,0)	14 (19,4)	7 (15,9)	56 (12,4)	<0,001	0,027	0,372	0,001
Dependente de Outros	7 (11,1)	2 (3,5)	18 (12,4)	7 (10,0)	16 (22,2)	5 (11,4)	55 (12,2)				
Meios de Auxílio	10 (15,9)	7 (12,3)	43 (29,7)	21 (30,0)	19 (26,4)	10 (22,7)	110 (24,4)				
Independente	38 (60,3)	42 (73,7)	70 (48,3)	35 (50,0)	23 (31,9)	22 (50,0)	230 (51,0)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Mudar e Manter a Posição do Corpo. Neste domínio avaliámos as atividades deitar-se/levantar-se da cama e sentar-se/levantar-se de cadeiras. Na primeira encontrámos 72 (15,9%) indivíduos dependentes e diferenças significativas na idade ($p=0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Na comparação entre os grupos etários, o grupo dos mais idosos apresentou maior dificuldade nesta atividade relativamente aos outros dois grupos etários ($p=0,045$; $p < 0,001$), acontecendo a mesma situação entre os dois grupos mais novos, onde o grupo dos 75-84 anos pontuou mais desfavoravelmente ($p=0,029$). A análise comparativa face à escolaridade revelou que os idosos sem escolaridade tinham mais dificuldades do que os outros dois grupos ($p < 0,001$; $p=0,003$), mas que entre estes a diferença não existia ($p=0,233$).

Os indivíduos revelaram um comportamento similar na atividade sentar-se/levantar-se de cadeiras quando comparado com atividade que descrevemos anteriormente. Observámos uma percentagem discretamente inferior na sua dependência [64 (14,2%)], mantendo-se a análise comparativa entre grupos idêntica. Os mais idosos voltaram a revelar-se mais vulneráveis relativamente aos mais novos ($p=0,025$; $p < 0,001$), da mesma forma que o grupo dos 75-84 anos quando comparado ao conjunto dos 65-74 anos ($p=0,024$). As diferenças observadas na escolaridade repetiram-se; os

idosos sem escolaridade a referir mais dificuldade, quando comparados com os outros dois grupos ($p < 0,001$; $p = 0,004$).

Na Tabela 50 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à mobilidade deitar-se/levantar-se da cama e sentar-se/levantar-se de cadeiras, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 50 – Distribuição da amostra relativamente às atividades mudar/manter a posição do corpo, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Deitar/Levantar Cama											
Incapaz/Não se Levanta	0 (0)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,8)	0 (0)	6 (1,3)	0,001	0,296	0,401	<0,001
Dependente de Outros	7 (11,1)	3 (5,3)	19 (13,1)	13 (18,6)	17 (23,6)	7 (15,9)	66 (14,6)				
Meios de Auxílio	9 (14,3)	7 (12,3)	27 (18,6)	10 (14,3)	16 (22,2)	10 (22,7)	79 (17,5)				
Independente	47 (74,6)	46 (80,7)	97 (66,9)	46 (65,7)	37 (51,4)	27 (61,4)	300 (66,5)				
Sentar/Levantar Cadeira											
Incapaz/Não se Senta	0 (0)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,8)	0 (0)	6 (1,3)	<0,001	0,192	0,366	<0,001
Dependente de Outros	7 (11,1)	3 (5,3)	17 (11,7)	11 (15,7)	14 (19,4)	6 (13,6)	58 (12,9)				
Meios de Auxílio	9 (14,3)	4 (7,0)	27 (18,6)	10 (14,3)	18 (25,0)	12 (27,3)	80 (17,7)				
Independente	47 (74,6)	49 (86,0)	99 (68,3)	48 (68,6)	38 (52,8)	26 (59,1)	307 (68,1)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Deslocar-se Utilizando Transporte. Nesta variável avaliou-se o desempenho relacionado com a possibilidade de utilizar transportes privados e públicos e ainda de conduzir. O desempenho favorável vs desfavorável nesta variável foi semelhante, com 218 (48,9%) idosos a manifestarem ser dependentes nesta atividade. Encontrámos diferenças significativas na comparação entre todos os grupos de interesse. A diferença entre os grupos etários foi significativa ($p < 0,001$); os mais velhos manifestaram sempre maior dificuldade relativamente aos mais novos. As mulheres revelaram maior incapacidade em utilizar/conduzir transportes ($p = 0,018$; 53,6% vs 39,8%) e os idosos cuja conjugalidade era “só”, apresentaram também maior dependência nesta atividade ($p = 0,004$; 55,5% vs 39,0%). As diferenças relativas à escolaridade mostraram que os indivíduos sem escolaridade tinham pior desempenho quando comparados com os outros dois grupos ($p < 0,001$; $p < 0,001$) da mesma forma que aquelas com escolaridade mais reduzida face aos mais escolarizados ($p = 0,019$).

Na Tabela 51 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à mobilidade em utilizar transportes e conduzir, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 51 – Distribuição da amostra relativamente a utilizar transportes e conduzir, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
n (%)											
Usar Transportes											
Incapaz/Não Usa	9 (14,3)	5 (8,8)	18 (12,4)	11 (15,7)	16 (22,2)	9 (20,5)	68 (15,1)	<0,001	0,018	0,004	<0,001
Dependente de Outros	13 (20,6)	6 (10,5)	60 (41,4)	22 (31,4)	34 (47,2)	15 (34,1)	150 (33,3)				
Meios/Ajuda Ocasional	7 (11,1)	7 (12,3)	13 (9,0)	10 (14,3)	7 (9,7)	3 (6,8)	47 (10,4)				
Independente	34 (54,0)	39 (68,4)	54 (37,2)	27 (38,6)	15 (20,8)	17 (38,6)	186 (41,2)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Fizemos a análise estatística do *score* da mobilidade, cujos resultados apresentamos na Tabela 52.

O limite inferior foi de 0,00 para a amostra total e para a maioria dos grupos avaliados, com exceção para as mulheres mais novas (0,50) e para os homens mais velhos (0,33), enquanto o limite superior foi de 3,00 para a amostra total e para todos os grupos em avaliação.

A média deste *score* e para a amostra total foi de $2,28 \pm 0,79$, cuja variação ocorreu entre $1,94 \pm 0,84$ (mulheres mais velhas) e $2,61 \pm 0,72$ (homens mais novos).

Observámos diferenças significativas na idade ($p < 0,001$), no sexo ($p = 0,042$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Relativamente à idade os mais idosos apresentaram um *score* mais baixo na comparação com os mais novos ($p < 0,001$), observando-se o mesmo comportamento entre o grupo dos 75-84 anos ($p = 0,022$). O *score* das mulheres foi baixo na comparação com os homens. Na escolaridade as diferenças aconteceram entre os indivíduos sem escolaridade e aqueles com escolaridade ≤ 4 anos ($p < 0,001$) e também entre os primeiros e os mais escolarizados ($p = 0,001$), onde os valores mais reduzidos pertenceram em ambas as situações aos indivíduos sem escolaridade ou com menor escolaridade.

Tabela 52 – Estatística descritiva do score da mobilidade no estado pré-morbilidade

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Score Domínio Mobilidade Pré-morbilidade											
min	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00	<0,001	0,042	0,219	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,43	2,61	2,27	2,28	1,94	2,24	2,28				
mediana	2,83	3,00	2,50	2,50	2,00	2,17	2,50				
dp	0,73	0,72	0,77	0,78	0,84	0,74	0,79				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Auto Cuidados

Neste capítulo foram avaliadas as categorias lavar-se/tomar banho; vestir-se/despir-se; os *cuidados relacionados com os processos de excreção* com a variável, usar sanita e/ou bacio/urinol; comer/alimentar-se e ainda *cuidar da própria saúde* com a variável, tomar os seus medicamentos.

Quando indagámos os indivíduos sobre a sua capacidade na atividade lavar-se/tomar banho antes do internamento hospitalar, 128 (28,4%) idosos referiram ser dependentes. A análise comparativa revelou diferenças na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). O grupo de idade ≥ 85 anos mostrou-se mais dependente face aos grupos mais novos ($p < 0,001$; $p < 0,001$), mas entre estes não observámos diferenças ($p=0,054$). Os idosos sem escolaridade revelaram-se mais vulneráveis face aos outros dois grupos ($p < 0,001$; $p=0,001$), mas entre os escolarizados não se observou diferenças ($p=0,146$).

Na atividade vestir-se/despir-se, encontrámos resultados mais positivos, só com 91 (20,2%) indivíduos a referiram dependência. As diferenças entre os grupos de interesse ocorreram da mesma forma que a variável anterior; observaram-se diferenças significativas na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Os mais velhos tiveram resultados mais negativos face aos grupos mais novos ($p=0,004$; $p < 0,001$) e o grupo dos 75-84 anos também mais frágil nesta atividade quando comparado com o grupo dos 65-74 anos ($p=0,020$). As diferenças por escolaridade revelaram o mesmo comportamento que a variável anterior; os idosos sem escolaridade apresentaram maior limitação face aos outros dois grupos ($p < 0,001$; $p=0,001$).

Na Tabela 53 apresentamos a distribuição da amostra relativamente às atividades lavar-se/tomar banho e também vestir-se/despir-se, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 53 – Distribuição da amostra relativamente a lavar-se/tomar banho e vestir-se/despir-se, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Lavar-se/Tomar Banho											
Incapaz/Não se Lava	0 (0)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,8)	2 (4,5)	8 (1,8)	<0,001	0,251	0,187	<0,001
Dependente de Outros	14 (22,2)	6 (10,5)	30 (20,7)	21 (30,0)	36 (50,0)	13 (29,5)	120 (26,6)				
Meios de Auxílio	8 (12,7)	6 (10,5)	22 (15,2)	9 (12,9)	9 (12,5)	6 (13,6)	60 (13,3)				
Independente	41 (65,1)	44 (77,2)	91 (62,8)	39 (55,7)	25 (34,7)	23 (52,3)	263 (58,3)				
Vestir-se/Despir-se											
Incapaz/Não se Veste	0 (0)	1 (1,8)	4 (2,8)	1 (1,4)	2 (2,8)	0 (0)	8 (1,8)	<0,001	0,169	0,438	<0,001
Dependente de Outros	11 (17,5)	4 (7,0)	21 (14,5)	14 (20,0)	26 (36,1)	7 (15,9)	83 (18,4)				
Meios/Acabamentos	5 (7,9)	5 (8,8)	21 (14,5)	13 (18,6)	14 (19,4)	10 (22,7)	68 (15,1)				
Independente	47 (74,6)	47 (82,5)	99 (68,3)	42 (60,0)	30 (41,7)	27 (61,4)	292 (64,7)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A atividade usar sanita e/ou bacio/urinol revelou que 76 (16,8%) indivíduos tinham incapacidade nesta atividade. Quando analisámos as diferenças entre os grupos de interesse voltámos a identifica-las na idade ($p=0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). O grupo com a idade mais elevada mostrou maior incapacidade face aos outros dois grupos ($p=0,016$; $p < 0,001$), mas os mais novos não diferiram entre si ($p=0,085$). Na escolaridade, os indivíduos sem escolaridade manifestaram maior vulnerabilidade face aos indivíduos com escolaridade ($p < 0,001$; $p=0,001$).

Na Tabela 54 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à atividade usar sanita e/ou urinol/bacio, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 54 – Distribuição da amostra relativamente a usar sanita e/ou urinol/bacio, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
n (%)											
Usar Sanita /Urinol/Bacio											
Incapaz/Não Usa	1 (1,6)	2 (3,5)	2 (1,4)	1 (1,4)	4 (5,6)	1 (2,3)	11 (2,4)	0,001	0,104	0,395	<0,001
Dependente de Outros	6 (9,5)	4 (7,0)	21 (14,5)	10 (14,3)	18 (25,0)	6 (13,6)	65 (14,4)				
Meios de Auxílio	9 (14,3)	4 (7,0)	22 (15,2)	10 (14,3)	13 (18,1)	8 (18,2)	66 (14,6)				
Independente	47 (74,6)	47 (82,5)	100 (69,0)	49 (70,0)	37 (51,4)	29 (65,9)	309 (68,5)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Na atividade comer/alimentar-se os resultados foram bastante positivos, só 39 (8,7%) dos indivíduos a revelarem possuir dependência. As diferenças significativas voltaram a acontecer relativamente à idade ($p=0,021$) e à escolaridade ($p=0,007$). Os mais idosos mantiveram maior incapacidade face aos mais novos ($p=0,030$; $p=0,012$) e o grupo sem escolaridade voltou a ter resultados menos favoráveis quando comparado com os seus pares ($p=0,005$; $p=0,035$).

Na Tabela 55 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à atividade alimentar-se/comer, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 55 – Distribuição da amostra relativamente a alimentar-se/comer, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
n (%)											
Alimentar-se/Comer											
Incapaz/Não se Alimenta	0 (0)	1 (1,8)	1 (0,7)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	4 (0,9)	0,021	0,610	0,710	0,007
Dependente de Outros	3 (4,8)	3 (5,3)	11 (7,6)	5 (7,1)	8 (11,1)	5 (11,4)	35 (7,8)				
Meios de Auxílio	5 (7,9)	1 (1,8)	7 (4,8)	4 (5,7)	9 (12,5)	4 (9,1)	30 (6,7)				
Independente	55 (87,3)	52 (91,2)	126 (86,9)	60 (85,7)	54 (75,0)	35 (79,5)	382 (84,7)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A atividade tomar os seus medicamentos é considerada mais complexa não só relativamente às funções cognitivas, mas também em relação aos movimentos finos dos dedos. Mas apesar destas exigências esta tarefa só revelou incapacidade em 105

(23,3%) indivíduos. As diferenças estatisticamente significativas repetiram-se na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Os mais velhos manifestaram mais dificuldade relativamente aos mais novos ($p < 0,001$; $p < 0,001$) e o grupo dos 75-84 anos teve o mesmo comportamento quando comparado com o grupo do 65-74 anos ($p = 0,028$). As diferenças na escolaridade ocorreram da mesma forma que na idade, observando-se maior limitação no grupo sem escolaridade e no grupo de escolaridade mais reduzida.

Na Tabela 56 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à atividade tomar os seus medicamentos, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 56 – Distribuição da amostra relativamente a tomar os seus medicamentos, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Tomar Seus Medicamentos											
Incapaz/Não Toma	4 (6,3)	2 (5,5)	8 (5,5)	3 (4,3)	9 (12,5)	4 (9,1)	30 (6,7)	<0,001	0,858	0,072	<0,001
Dependente de Outros	4 (6,3)	8 (14,0)	19 (13,1)	17 (24,3)	18 (25,0)	9 (20,5)	75 (16,6)				
Meios/Ajuda Ocasional	10 (15,9)	7 (12,3)	30 (20,7)	13 (18,6)	23 (31,9)	10 (22,7)	93 (20,6)				
Independente	45 (71,4)	40 (70,2)	88 (60,7)	37 (52,9)	22 (30,6)	21 (47,7)	253 (56,1)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Fizemos a análise estatística do *score* dos autocuidados, cujos resultados apresentamos na Tabela 57.

A média deste *score* e para a amostra total foi de $2,44 \pm 0,73$, cuja variação ocorreu entre $2,07 \pm 0,80$ (mulheres mais velhas) e $2,67 \pm 0,64$ (homens mais novos).

O limite inferior foi de 0,00 para a amostra total, observando-se contudo valores mais elevados, para as mulheres e homens mais novos (0,80 e 0,40 respetivamente) e também para os homens mais velhos (1,00). O limite superior foi de 3,00 para a amostra total e para todos os grupos em avaliação.

As diferenças significativas repetiram-se na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$).

Relativamente à idade os mais idosos apresentaram um *score* mais baixo na comparação com o grupo dos 75-84 anos ($p=0,002$) e também com os mais novos ($p < 0,001$). Na escolaridade, as diferenças aconteceram entre os indivíduos sem escolaridade e aqueles com escolaridade ≤ 4 anos ($p < 0,001$) e também entre os primeiros e os mais escolarizados ($p < 0,001$), onde os valores mais reduzidos pertenceram em ambas situações aos indivíduos sem escolaridade.

Tabela 57 – Estatística descritiva do *score* auto cuidados no estado pré-morbilidade

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Score Domínio Auto Cuidados Pré-morbilidade											
min	0,80	0,40	0,00	0,00	0,00	1,00					0,00
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00					3,00
m	2,59	2,67	2,51	2,42	2,07	2,37	2,44				
mediana	3,00	3,00	3,00	2,60	2,10	2,70	2,80				
dp	0,62	0,64	0,71	0,71	0,80	0,72	0,73				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Comunicação

O capítulo referente à *comunicação* foi avaliado no domínio *utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação*, com a variável usar o telefone. Os indivíduos que referiram ter incapacidade nesta atividade foram 117 (25,9%). Quando fizemos a análise comparativa entre os grupos de interesse do estudo, encontrámos diferenças significativas na idade ($p < 0,001$), no estado civil ($p=0,013$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Os mais idosos demostram maior incapacidade em usar o telefone quando comparados com os dois grupos mais novos ($p=0,002$; $p < 0,001$), da mesma forma que o grupo dos 75-84 anos em relação aos mais novos ($p=0,004$). Quanto ao estado civil foram os viúvos/solteiros/separados que apresentaram casos mais desfavoráveis em relação aos casados (30,1% vs 20,5%). Na escolaridade, os idosos sem escolaridade voltaram a ser mais frágeis nesta tarefa em relação aos outros dois grupos ($p < 0,001$; $p < 0,001$).

Na Tabela 58 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à atividade usar o telefone, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 58 – Distribuição da amostra relativamente a usar o telefone, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171				
n (%)											
Usar o Telefone								<0,001	0,218	0,013	<0,001
Incapaz/Não Usa	5 (7,9)	4 (7,0)	17 (11,7)	14 (20,0)	19 (26,4)	10 (22,7)	69 (15,3)				
Dependente de Outros	1 (1,6)	3 (5,3)	11 (7,6)	13 (18,6)	12 (16,7)	8 (18,2)	48 (10,6)				
Meios de Auxílio	5 (7,9)	7 (12,3)	16 (11,0)	4 (5,7)	7 (9,7)	3 (6,8)	42 (9,3)				
Independente	52 (82,5)	43 (75,4)	101 (69,7)	39 (55,7)	34 (47,2)	23 (52,3)	292 (64,7)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Vida Doméstica

Do capítulo da *vida doméstica* avaliamos os domínios *aquisição do necessário para viver* e *tarefas domésticas*. Do primeiro fez parte a variável fazer compras; do segundo, as variáveis preparar refeições, tarefas de lida da casa e lavar/tratar da sua roupa.

Na tarefa fazer compras foram 190 (42,1%) os indivíduos que manifestaram ter dependência nesta tarefa. As diferenças significativas observaram-se na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Ambos os grupos mais velhos manifestaram maior dependência nesta tarefa relativamente aos mais novos ($p < 0,001$; $p = 0,009$) e entre si ($p = 0,001$). Na escolaridade o grupo sem escolaridade apresentou-se mais vulnerável nesta atividade, quando comparado com os outros dois grupos ($p < 0,001$; $p < 0,001$).

Na Tabela 59 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à atividade fazer compras, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 59 – Distribuição da amostra relativamente a fazer compras, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
n (%)											
Fazer Compras								<0,001	0,395	0,315	<0,001
Incapaz/Não Faz	11 (17,5)	9 (15,8)	19 (13,1)	12 (17,1)	20 (27,8)	13 (29,5)	84 (18,6)				
Dependente de Outros	10 (15,9)	4 (7,0)	37 (25,5)	20 (28,6)	25 (34,7)	10 (22,7)	106 (23,5)				
Meios/Ajuda Ocasional	6 (9,5)	9 (15,8)	30 (20,7)	11 (15,7)	13 (18,1)	5 (11,4)	74 (16,4)				
Independente	36 (57,1)	35 (61,4)	59 (40,7)	27 (38,6)	14 (19,4)	16 (36,4)	187 (41,5)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Nas *tarefas domésticas*, preparar refeições demonstrou ser uma atividade de difícil ou impossível desempenho para 178 (39,4%) idosos, observando-se diferenças relativamente à idade ($p < 0,001$) e à escolaridade ($p < 0,001$). O grupo com idade ≥ 85 anos apresentou-se com mais dificuldade nesta tarefa, quando comparado com os mais novos ($p < 0,001$; $p < 0,001$) e o mesmo acontecendo com o grupo sem escolaridade, relativamente aos escolarizados ($p < 0,001$; $p < 0,001$).

Nas *tarefas de lida da casa* foram 198 (43,9%) os idosos que revelaram ser dependentes nesta atividade, sendo que os resultados revelaram diferenças significativas na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Os dois grupos mais velhos apresentaram-se com maior incapacidade face ao grupo dos 65-74 anos ($p < 0,001$; $p = 0,022$) e observando-se também diferenças entre eles, com os mais idosos a demonstrarem uma situação mais desfavorável ($p < 0,001$). As diferenças na escolaridade aconteceram relativamente ao grupo sem escolaridade, que se apresentou com maior incapacidade face aos escolarizados ($p < 0,001$; $p < 0,001$).

Nas tarefas domésticas, lavar/tratar da roupa os resultados revelaram que 194 (43,0%) idosos possuíam um desempenho desfavorável. Encontrámos diferenças significativas na análise comparativa entre a idade ($p < 0,001$), o sexo ($p = 0,022$) e a escolaridade ($p < 0,001$). O grupo etário mais velho voltou a apresentar-se mais fragilizado nesta tarefa quando comparado com os grupos mais novos ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Os homens referiram mais dificuldades face às mulheres (50,3% vs 38,6%) e os idosos sem escolaridade, voltaram a referir mais dificuldades relativamente aos idosos com escolaridade ($p < 0,001$; $p < 0,001$).

Na Tabela 60 apresentamos a distribuição da amostra relativamente às tarefas domésticas preparar refeições, realizar as tarefas de lida da casa e lavar/tratar da roupa, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 60 – Distribuição da amostra relativamente a preparar refeições, realizar as tarefas de lida da casa e lavar/tratar da roupa, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
n (%)											
Preparar Refeições											
Incapaz/Não Faz	10 (15,9)	9 (15,8)	17 (11,7)	17 (24,3)	19 (26,4)	12 (27,3)	84 (18,6)	<0,001	0,062	0,743	<0,001
Dependente de Outros	5 (7,9)	6 (10,5)	28 (19,3)	19 (27,1)	24 (33,3)	12 (27,3)	94 (20,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	7 (11,1)	13 (22,8)	23 (15,9)	8 (11,4)	9 (12,5)	5 (11,4)	65 (14,4)				
Independente	41 (65,1)	29 (50,9)	77 (53,1)	26 (37,1)	20 (27,8)	15 (34,1)	208 (46,1)				
Tarefas da Lida de Casa											
Incapaz/Não Faz	10 (15,9)	10 (17,5)	20 (13,8)	17 (24,3)	23 (31,9)	14 (31,8)	94 (20,8)	<0,001	0,237	0,463	<0,001
Dependente de Outros	8 (12,7)	9 (15,8)	38 (26,2)	18 (25,7)	19 (26,4)	12 (27,3)	104 (23,1)				
Meios/ Ajuda Ocasional	6 (9,5)	10 (17,5)	24 (16,6)	11 (15,7)	14 (19,4)	5 (11,4)	70 (15,5)				
Independente	39 (61,9)	28 (49,1)	63 (43,3)	24 (34,3)	16 (22,2)	13 (29,5)	183 (40,6)				
Lavar/Tratar da Roupa											
Incapaz/Não Faz	10 (15,9)	10 (17,5)	19 (13,1)	18 (25,7)	22 (30,6)	15 (34,1)	94 (20,8)	<0,001	0,022	0,730	<0,001
Dependente de Outros	6 (9,5)	13 (22,8)	32 (22,1)	18 (25,7)	19 (26,4)	12 (27,3)	100 (22,2)				
Meios/ Ajuda Ocasional	6 (9,5)	6 (10,5)	24 (16,6)	10 (14,3)	13 (18,1)	5 (11,4)	64 (14,2)				
Independente	41 (65,1)	28 (49,1)	70 (48,3)	24 (34,3)	18 (25,0)	12 (27,3)	193 (42,8)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Fizemos a análise estatística do *score* da vida doméstica, cujos resultados apresentamos na Tabela 61.

A média deste *score* e para a amostra total foi de $1,81 \pm 1,14$, cuja variação ocorreu entre $1,35 \pm 1,11$ (mulheres mais velhas) e $2,18 \pm 1,13$ (mulheres mais novas).

O limite inferior foi de 0,00 para a amostra total e para todos os grupos em avaliação, da mesma forma que o superior foi sempre de 3,00.

Observámos diferenças significativas na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Relativamente à idade os mais idosos revelaram *score* mais baixo no conjunto destas atividades relativamente aos dois grupos mais novos ($p=0,001$ para o grupo dos 75-84 anos; $p < 0,001$ para o grupo dos 65-74 anos). Na escolaridade as diferenças aconteceram entre os indivíduos sem escolaridade e aqueles com escolaridade ≤ 4 anos ($p < 0,001$) e também entre os primeiros e os mais escolarizados ($p < 0,001$), onde

os valores mais reduzidos pertenceram em ambas situações aos indivíduos sem escolaridade.

Tabela 61 – Estatística descritiva do score vida doméstica no estado pré-morbilidade

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Score Domínio Vida Doméstica Pré-morbilidade											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,223	0,523	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,18	2,05	1,97	1,64	1,35	1,44	1,81				
mediana	3,00	2,25	2,00	1,63	1,00	1,38	2,00				
dp	1,13	1,08	1,05	1,17	1,11	1,19	1,14				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Áreas Principais da Vida

O capítulo *Áreas Principais da Vida* da ICF refere-se à realização de tarefas e ações necessárias nas áreas da educação, do trabalho e das transações económicas. Com o MAB foi possível avaliar o domínio *vida económica*, com a variável gerir o seu dinheiro.

Os indivíduos que afirmaram ser dependentes nesta ação foram 134 (29,7%). A análise comparativa entre os grupos de interesse do estudo voltou a revelar diferenças significativas na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$).

Observámos diferenças entre todos os grupos etários, sendo que os mais idosos estiveram sempre em situação mais desfavorável. A mesma situação repetiu-se na escolaridade; o grupo sem escolaridade apresentou pior desempenho nesta atividade relativamente os outros dois ($p < 0,001$; $p < 0,001$) e o grupo com escolaridade ≤ 4 anos teve o mesmo comportamento ($p = 0,003$), quando comparado com o grupo de escolaridade mais elevada.

Na Tabela 62 apresentamos a distribuição da amostra relativamente a gerir o seu dinheiro, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 62 – Distribuição da amostra relativamente a gerir o seu dinheiro, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
n (%)											
Gerir o seu Dinheiro							<0,001	0,877	0,145	<0,001	
Incapaz/Não Faz	6 (9,5)	1 (1,8)	11 (7,6)	8 (11,4)	13 (18,1)	6 (13,6)					45 (10,0)
Dependente de Outros	5 (7,9)	10 (17,5)	26 (17,9)	19 (27,1)	19 (26,4)	10 (22,7)					89 (19,7)
Meios/ Ajuda Ocasional	8 (12,7)	7 (12,3)	26 (17,9)	10 (14,3)	19 (26,4)	7 (15,9)					77 (17,1)
Independente	44 (69,8)	39 (68,4)	82 (56,6)	33 (47,1)	21 (29,2)	21 (47,7)	240 (53,2)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Vida Comunitária, Social e Cívica

As categorias da ICF que pertencem a este capítulo dizem respeito às ações e tarefas necessárias à participação na vida social organizada, fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica. Com o MAB foi possível avaliar três variáveis, todas integradas no domínio *recreação e lazer*: andar a pé, ginástica/desporto e outra atividade física.

O limite inferior para a atividade andar a pé enquanto atividade física e para a amostra total e para todos os grupos etários foi de 0,0 horas/semana, enquanto o superior foi de 30,0 horas/semana, cujos limites se situaram entre 10,0 horas/semana (homens 75-84 anos) e 30,0 horas/semana (homens 65-74 anos).

A média do nº de horas na atividade andar a pé foi de 2,51±3,48 horas/semana, com limites entre 1,94±2,51 horas/semana (mulheres com idade ≥85 anos) e 3,47±4,83 horas/semana (homens 65-74 anos). Não se observaram diferenças significativas entre os grupos de interesse do estudo.

Quanto à prática de ginástica ou desporto, o limite inferior para a amostra total e para todos os grupos do estudo foi de 0,0 horas/semana. Por seu lado, o superior foi de 7,0 horas/semana para a amostra total, com limites entre 2,0 horas/semana (homens 75-84 anos) e 7,0 horas/semana (mulheres 75-84 anos).

A média da amostra total foi de 0,12±0,65 horas/semana, com limites que ocorreram entre 0,11±0,48 horas/semana (mulheres mais novas) e 0,42±0,36 horas/semana

(mulheres mais velhas). Também aqui não observámos diferenças significativas na análise comparativa dos grupos.

Relativamente à prática de outra atividade física não estruturada ou sistematizada, observámos que o limite inferior se situou sempre em 0,0 horas/semana e o superior em 21,0 horas/semana para a amostra total, com limites que ficaram entre as 12,0 horas/semana (homens mais velhos) e 21,0 horas/semana (homens mais novos).

A média foi de $1,07 \pm 3,11$ horas/semana para a amostra total, cujos limites se situaram entre $0,61 \pm 2,56$ horas/semana (mulheres com 85 ou mais anos) e $2,18 \pm 4,98$ horas/semana (homens mais novos). Foram observadas diferenças significativas no estado civil ($p=0,036$), onde os indivíduos com conjugalidade “acompanhados” referiram praticar mais horas deste tipo de atividades.

Na Tabela 63 apresentamos a distribuição da amostra relativamente a andar a pé, praticar ginástica ou desporto e praticar outra atividade física por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 63 – Distribuição da amostra relativamente a andar a pé, praticar ginástica ou desporto e praticar outra atividade física, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Andar a Pé											
min	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
máx	28,0	30,0	20,0	10,0	16,0	14,0	30,0	0,066	0,565	0,570	0,091
m	2,67	3,47	2,58	2,29	1,94	2,07	2,51				
mediana	2,00	2,00	2,00	1,75	2,00	0,00	2,00				
dp	4,23	4,83	3,29	2,71	2,51	3,16	3,48				
Ginástica ou Desporto											
min	0	0	0	0	0	0	0				
máx	3,0	5,0	7,0	2,0	3,0	5,0	7,0	0,711	0,742	0,874	0,053
m	0,11	0,18	0,17	0,29	0,04	0,13	0,12				
mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
dp	0,48	0,93	0,77	0,24	0,36	0,77	0,65				
Outra Atividade Física											
min	0	0	0	0	0	0	0				
máx	18,0	21,0	16,0	16,0	20,0	12,0	21,0	0,052	0,070	0,036	0,069
m	1,14	2,18	0,87	1,14	0,61	0,84	1,07				
mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
dp	3,08	4,98	2,57	3,03	2,56	2,28	3,11				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

3. Evolução da Funcionalidade Face à Morbilidade e à Pré-Morbilidade

a) Evolução da Funcionalidade Face à Morbilidade

Resumo. Na primeira avaliação o score de funcionalidade com valor médio mais baixo ocorreu no domínio da Vida Doméstica ($0,40 \pm 0,57$) e o mais elevado nas Queixas de Saúde ($2,13 \pm 0,69$), cuja maior frequência se observou nas queixas do foro músculo-esquelético, manifestadas por 319 (70,7%) indivíduos, com maior incidência para as dores articulares.

O score do Estado Cognitivo resultou da avaliação de dez questões relacionadas com a orientação do tempo e do lugar. Os idosos manifestaram maior deficiência na orientação do tempo, do que no lugar, sobretudo na orientação do dia do mês [251 (55,7%) indivíduos com deficiência]. Na orientação do lugar, as maiores dificuldades registaram-se na orientação relativa ao andar da casa [206 (45,7%) indivíduos com deficiência].

O score do Estado Emocional foi avaliado através de três questões/estados emocionais, sendo que aquela onde se observaram níveis mais elevados de incapacidade foi na tristeza/depressão, com 199 (44,1%) idosos a manifestarem esta condição.

Na Continência Urinária encontramos 105 (23,3%) indivíduos incapazes ou dependentes de outros nesta função, enquanto na Continência Fecal isso foi observado em 102 (22,6%) pessoas.

Das seis questões pertencentes ao score da Mobilidade, as limitações mais acentuadas ocorreram na atividade usar transportes, com 425 (94,2%) indivíduos a manifestarem incapacidade na sua execução.

Os Auto Cuidados foram avaliados com cinco variáveis, cujas maiores limitações foram detetadas no banho, com 383 (84,9%) dos inquiridos a serem incapazes ou dependentes nesta atividade.

A Comunicação foi avaliada com uma única variável, usar telefone, com uma prevalência de incapacidade demonstrada por 223 (49,5%) indivíduos.

Nas atividades da Vida Doméstica o pior desempenho revelou-se na variável fazer compras, com 439 (97,3%) indivíduos a manifestarem incapacidade nesta tarefa, apesar da frequência de incapacidade nas outras atividades ter sido semelhante.

As Áreas Principais da Vida foram também avaliadas por uma só variável: gerir dinheiro. Aqui, foi observada incapacidade em 291 (64,6%) idosos.

Na altura da alta encontrámos diferenças significativas face ao momento de admissão, cujos resultados mais positivos de autonomia/independência aconteceram sempre no último momento avaliativo (valor de $p < 0,001$ em todas as variáveis e scores recolhidos). A média mais baixa e elevada voltaram a pertencer respetivamente ao domínio da Vida Doméstica ($0,94 \pm 0,88$) e ao das Queixas de Saúde ($2,38 \pm 0,66$).

Globalmente mantiveram-se as variáveis com frequência mais elevadas de deficiência ou limitação, constituindo exceção as atividades “vestir/despir” dos Auto Cuidados e a “lida da casa” na Vida Doméstica, que apesar das melhorias significativas, passaram a ser as tarefas onde os indivíduos manifestaram maior incapacidade.

A idade foi novamente a variável que mais se associou aos diferentes componentes da funcionalidade, inversamente àquilo que observámos no que diz respeito ao estado civil, com manifestações idênticas às observadas na pré-morbilidade. As mulheres revelaram mais Queixas de Saúde, mas a sua incapacidade na mobilidade foi menos notória. A escolaridade voltou a mostrar uma associação importante sobretudo relacionada com a funcionalidade nas atividades.

Foram observadas mais diferenças entre os grupos de interesse no momento da alta do que na admissão.

Funções do Corpo – Queixas de Saúde

Avaliámos as queixas de saúde relativamente a quadro domínios: queixas relacionadas com o sistema músculo-esquelético, com o sistema visual, com o sistema auditivo, com o sistema tegumentar e ainda uma questão aberta para outras queixas de outros sistemas.

Na admissão na Rede, a presença de queixas músculo-esqueléticas foram referidas por 319 (70,7%) indivíduos, tendo-se encontrado diferenças significativas no sexo ($p=0,017$), com um número superior de queixas para as mulheres (75,8% vs 65,3%). No momento da alta, os indivíduos a referirem-se a este tipo de queixas baixou para 224 (49,7%), não se tendo observado diferenças significativas entre os grupos de interesse.

As queixas músculo-esqueléticas mais referidas em ambos os momentos foram as dores articulares (sobretudo ao nível das ancas, joelhos e ombros).

As queixas da visão, foram manifestadas por 92 (20,4%) idosos na admissão na Rede e na avaliação final, este número desceu para 72 (16,0%). Em ambas as avaliações, foram as mulheres a manifestar mais este tipo de queixas, quando comparadas com os homens ($p < 0,001$; 26,0% vs 12,0% e $p=0,001$; 20,6% vs 9,0% respetivamente).

Inicialmente as queixas da audição foram sentidas por 65 (14,4%) indivíduos e encontradas diferenças significativas em todos os grupos de interesse: idade ($p < 0,001$), sexo ($p=0,004$), estado civil ($p=0,050$) e escolaridade ($p=0,014$). Na idade os idosos com idade ≥ 85 anos manifestaram mais queixas do que os dois grupos mais novos ($p=0,001$ em ambas as situações); no sexo as mulheres voltaram a estar mais queixosas que os homens (18,4% vs 8,4%); no estado civil isso aconteceu relativamente àqueles com conjugalidade “só” (17,5% vs 10,9%) e na escolaridade as diferenças foram observadas entre os indivíduos sem escolaridade e o grupo com escolaridade ≤ 4 anos ($p=0,003$), onde os primeiros foram quem manifestou mais queixas.

Na alta, as queixas da audição só foram sentidas por 46 (10,2%) indivíduos e as diferenças significativas observaram-se na idade ($p=0,004$), no sexo ($p=0,043$) e na escolaridade ($p=0,008$). Na idade, os mais velhos voltaram a manifestar mais queixas face aos dois grupos mais novos ($p=0,006$ e $p=0,007$ respetivamente); no sexo mais uma vez as mulheres apresentaram mais incapacidade na comparação com os homens (12,6% vs 6,6%) e na escolaridade, as diferenças tiveram o mesmo comportamento que tínhamos detetado na admissão ($p=0,002$).

Quanto às queixas relativas à pele e no contexto da avaliação inicial, encontrámos 51 (11,3%) idosos a manifestá-las, descendo esse número para 32 (7,1%) na alta. Em ambos os momentos avaliativos, não encontrámos diferenças significativas nos grupos de interesse da investigação.

Quando indagámos as pessoas sobre a presença de outras queixas além daquelas que já tínhamos questionado, 118 (26,2%) responderam sentirem-nas no momento da avaliação inicial e 85 (18,8%) mantiveram-nas na altura da alta. Só foram encontradas diferenças significativas relativamente à idade na alta ($p=0,033$); os indivíduos com idade entre os 75-84 anos referiram mais queixas na comparação com aqueles com 85 anos ou mais ($p=0,019$).

Na Tabela 64 apresentamos a distribuição da amostra relativamente às Queixas de Saúde na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 64 – Distribuição da amostra relativamente às queixas de saúde, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
Queixas Músculo-Esqueléticas											
Admissão n (%)											
Com Queixas	48 (76,2)	33 (57,9)	108 (74,5)	42 (60,0)	54 (75,0)	34 (77,3)	319 (70,7)	0,286	0,017	0,571	0,180
Sem Queixas	15 (23,8)	23 (40,4)	34 (23,4)	27 (38,6)	18 (25,0)	8 (18,2)	125 (27,7)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Alta n (%)											
Com Queixas	33 (52,4)	25 (43,9)	68 (46,9)	33 (47,1)	38 (52,8)	27 (61,4)	224 (49,7)	0,264	0,884	0,282	0,644
Sem Queixas	30 (47,6)	31 (54,4)	74 (51,0)	36 (51,4)	34 (47,2)	15 (34,1)	220 (48,8)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1(1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Queixas da Visão											
Admissão n (%)											
Com Queixas	16 (25,4)	8 (14,0)	35 (24,1)	8 (11,4)	21 (29,2)	4 (9,1)	92 (20,4)	0,933	<0,001	0,059	0,668
Sem Queixas	47 (74,6)	48 (84,2)	107 (73,8)	61 (87,1)	51 (70,8)	38 (86,4)	352 (78,0)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Alta n (%)											
Com Queixas	13 (20,6)	4 (7,0)	28 (19,3)	7 (10,0)	16 (22,2)	4 (9,1)	72 (16,0)	0,781	0,001	0,551	0,465
Sem Queixas	50 (79,4)	52 (91,2)	114 (78,6)	62 (88,6)	56 (77,8)	38 (86,4)	372 (82,5)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Queixas da Audição											
Admissão n (%)											
Com Queixas	9 (14,3)	2 (3,5)	19 (13,1)	5 (7,1)	23 (31,9)	7 (15,9)	65 (14,4)	<0,001	0,004	0,050	0,014
Sem Queixas	54 (85,7)	54 (94,7)	123 (84,8)	64 (91,4)	49 (68,1)	35 (79,5)	379 (84,0)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Alta n (%)											
Com Queixas	6 (9,5)	2 (3,5)	13 (9,0)	4 (5,7)	16 (22,2)	5 (11,4)	46 (10,2)	0,004	0,043	0,060	0,008
Sem Queixas	57 (90,5)	54 (94,7)	129 (89,0)	65 (92,9)	56 (77,8)	37 (84,1)	398 (88,2)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Queixas da Pele											
Admissão n (%)											
Com Queixas	6 (9,5)	5 (8,8)	15 (10,3)	10 (14,3)	11 (15,3)	4 (9,1)	51 (11,3)	0,629	0,955	0,342	0,872
Sem Queixas	57 (90,5)	51 (89,5)	127 (87,5)	59 (84,3)	61 (84,7)	38 (86,4)	393 (87,1)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Alta n (%)											
Com Queixas	3 (4,8)	3 (5,3)	9 (6,2)	8 (11,4)	6 (8,3)	3 (6,8)	32 (7,1)	0,566	0,457	0,737	0,853
Sem Queixas	60 (95,2)	53 (93,0)	133 (91,7)	61 (87,1)	66 (91,7)	39 (88,6)	412 (91,4)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Outras Queixas											
Admissão n (%)											
Com Queixas	13 (20,6)	16 (28,1)	36 (24,8)	22 (31,4)	22 (30,6)	9 (20,5)	118 (26,2)	0,815	0,562	0,620	0,472
Sem Queixas	50 (79,4)	40 (70,2)	106 (73,1)	47 (67,1)	50 (69,4)	33 (75,0)	326 (72,3)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Alta n (%)											
Com Queixas	9 (14,3)	10 (17,5)	34 (23,4)	17 (24,3)	10 (13,9)	5 (11,4)	85 (18,8)	0,033	0,994	0,818	0,462
Sem Queixas	54 (85,7)	46 (80,7)	108 (74,5)	52 (74,3)	62 (86,1)	37 (84,1)	359 (79,6)				
Não Sabe/Não Responde	0 (0)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

As frequências das variáveis relacionadas com as queixas de saúde melhoraram significativamente do momento de admissão para o momento da alta: Z=-9,009, p <0,001 (músculo-esqueléticas); Z=-3,800, p <0,001 (visão); Z=-4,146, p <0,001

(audição); $Z=-3,962$ $p < 0,001$ (pele); $Z=-5,013$ $p < 0,001$ (outras queixas) (Anexo 12 – Tabela 1).

Fizemos a análise da estatística descritiva relativamente aos *scores* das Queixas de Saúde na admissão e na alta e que apresentamos na Tabela 65.

Na admissão os limites inferior e superior para a amostra total foram respetivamente de 0,00 e 3,00, havendo no entanto dois grupos etários que obtiveram limite inferior mais elevado (0,60 homens mais novos e mais velhos). A média para a amostra total foi de $2,13 \pm 0,69$, sendo que variou entre $1,91 \pm 0,81$ (mulheres mais velhas) e $2,31 \pm 0,63$ (homens mais novos). As diferenças significativas foram observadas relativamente ao sexo ($p=0,045$), com as mulheres a obterem uma média mais baixa na comparação com os homens, ou seja, a referenciarem mais queixas.

No momento da alta, os limites inferior e superior para a amostra total foram também respetivamente de 0,00 e 3,00, mas havendo três grupos etários que obtiveram um limite inferior mais elevado (0,60 para as mulheres mais novas e homens mais novos e mais velhos). A média para a amostra total foi de $2,38 \pm 0,66$, variando entre $2,28 \pm 0,77$ (mulheres mais velhas) e $2,53 \pm 0,60$ (homens mais novos). Neste momento da avaliação não encontrámos diferenças significativas entre os grupos de interesse.

Tabela 65 -Estatística descritiva referente às queixas de saúde na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Score Domínio Queixas de Saúde Admissão											
min	0,00	0,60	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	0,062	0,045	0,370	0,303
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,12	2,31	2,10	2,24	1,91	2,17	2,13				
mediana	2,40	2,40	2,40	2,40	2,10	2,40	2,40				
dp	0,68	0,63	0,69	0,65	0,81	0,56	0,69				
Score Domínio Queixas de Saúde Alta											
min	0,60	0,60	0,00	0,00	0,00	0,60	0,00	0,263	0,058	0,415	0,595
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,39	2,53	2,36	2,40	2,28	2,37	2,38				
mediana	2,40	2,70	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40				
dp	0,63	0,60	0,67	0,63	0,77	0,56	0,66				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Analisámos a diferença das médias dos *scores* na admissão e na alta para as queixas de saúde, cujo resultado mostrou existirem diferenças significativas; $T_{442}=-11,065$, $p < 0,001$, com uma média superior na alta, indicando por isso resultados mais positivos nesta variável (Anexo 12 -Tabela 2).

Funções do Corpo – Funções Mentais Globais – Orientação em Relação ao Tempo

As funções mentais relacionadas com a orientação do tempo foram avaliadas a partir de cinco questões: ano, mês, dia do mês, estação do ano e dia da semana. Na admissão e relativamente aos resultados para o total da amostra a orientação dia do mês foi aquela onde os indivíduos revelaram valores mais elevados de deficiência [251 (55,7%)], contrariamente ao que aconteceu na orientação do mês [146 (32,4%)].

Na análise pelos grupos de interesse, verificamos existirem diferenças significativas na idade e na escolaridade. Quanto à idade, os idosos com idade ≥ 85 anos revelaram sempre mais dificuldade em todas as variáveis, quando comparados com os indivíduos mais novos (65-74 anos) ($p < 0,001$). Contudo, na comparação com o grupo dos 75-84 anos, os mais velhos só registaram níveis mais elevados de deficiência relativamente à orientação do ano ($p=0,001$) e do dia do mês ($p=0,030$). Observámos ainda diferenças significativas entre os dois grupos etários mais novos, em todas as variáveis da orientação temporal, cujos resultados foram mais desfavoráveis para o grupo dos 75-84 anos.

Relativamente às diferenças na escolaridade, os indivíduos sem qualquer grau de escolaridade apresentaram nível superior de deficiência, face aos outros dois grupos, em todas as variáveis desta categoria. Quanto aos dois grupos escolarizados, só ocorreram diferenças significativas na variável dia do mês ($p=0,005$), cujo resultado mais desfavorável pertenceu o grupo com escolaridade ≤ 4 anos.

Quanto ao momento da alta, repetiram-se as variáveis com melhor e pior resultados; respetivamente à orientação relativa ao dia do mês [204 (45,2%)] e à orientação relativa ao mês [103 (22,8%)].

Na análise pelos grupos de interesse, o comportamento foi idêntico ao que avaliámos no momento da admissão, se bem que as diferenças significativas tenham sido em

maior número. O grupo dos 85 ou mais anos apresentou maior deficiência que o grupo dos 75-84 anos nas variáveis dia do mês ($p=0,005$), estação do ano ($p=0,037$) e dia da semana ($p=0,013$) e em todas as variáveis quando comparado com o grupo dos mais novos. A comparação entre os dois grupos de menor idade, revelou diferenças na orientação do ano ($p=0,010$), dia do mês ($p=0,007$) e dia da semana ($p=0,033$), onde os resultados mais negativos tenderam para aqueles com idade entre os 75-84 anos.

A análise das diferenças na escolaridade mostrou que os indivíduos sem escolaridade apresentaram em todas as variáveis, valores mais elevados de incapacidade relativamente aos dois grupos escolarizados. Quanto a estes dois, as diferenças foram no dia do mês ($p=0,016$) e dia da semana ($p=0,032$), voltando os resultados mais baixos a pertencer ao grupo cuja escolaridade era ≤ 4 anos.

Na Tabela 66 apresentamos a distribuição da amostra relativamente às variáveis da orientação em relação ao tempo na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 66 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis da orientação em relação ao tempo, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
Orientação Tempo											
Admissão n (%)											
Ano											
Incorreto	11 (17,5)	17 (29,8)	55 (37,9)	23 (32,9)	43 (59,7)	22 (50,0)	171 (37,9)	<0,001	0,571	0,120	<0,001
Correto	52 (82,5)	40 (70,2)	90 (62,1)	47 (67,1)	29 (40,3)	22 (50,0)	280 (62,1)				
Mês											
Incorreto	9 (14,3)	12 (21,1)	52 (35,9)	23 (32,9)	33 (45,8)	17 (38,6)	146 (32,4)	<0,001	0,487	0,298	<0,001
Correto	54 (85,7)	45 (78,9)	93 (64,1)	47 (67,1)	39 (54,2)	27 (61,4)	305 (67,6)				
Dia do Mês											
Incorreto	23 (36,5)	29 (50,9)	79 (54,5)	41 (58,6)	55 (76,4)	24 (54,5)	251 (55,7)	<0,001	0,820	0,920	<0,001
Correto	40 (63,5)	28 (49,1)	66 (45,5)	29 (41,9)	17 (23,6)	20 (45,5)	200 (44,3)				
Estação do Ano											
Incorreto	11 (17,5)	16 (28,1)	54 (37,2)	28 (40,0)	35 (48,6)	20 (45,5)	164 (36,4)	<0,001	0,714	0,333	<0,001
Correto	52 (82,5)	41 (71,9)	91 (62,8)	42 (60,0)	37 (51,4)	24 (54,5)	287 (63,6)				
Dia da Semana											
Incorreto	12 (19,0)	19 (33,3)	67 (46,2)	29 (41,4)	38 (52,8)	22 (50,0)	187 (41,5)	<0,001	0,859	0,130	0,001
Correto	51 (81,0)	38 (66,7)	78 (53,8)	41 (58,6)	34 (47,2)	22 (50,0)	264 (58,5)				
Alta n (%)											
Ano											
Incorreto	6 (9,5)	13 (22,8)	43 (29,7)	18 (25,7)	26 (36,1)	18 (40,9)	124 (27,5)	0,001	0,667	0,326	<0,001
Correto	57 (90,5)	44 (77,2)	102 (70,3)	52 (74,3)	46 (63,9)	26 (59,1)	327 (72,5)				
Mês											
Incorreto	5 (7,9)	13 (22,8)	34 (23,4)	16 (22,9)	21 (29,2)	14 (31,8)	103 (22,8)	0,021	0,362	0,567	<0,001
Correto	58 (92,1)	44 (77,2)	111 (76,6)	54 (77,1)	51 (70,8)	30 (68,2)	348 (77,2)				
Dia do Mês											
Incorreto	13 (20,6)	23 (40,4)	71 (49,0)	26 (37,1)	46 (63,9)	25 (56,8)	204 (45,2)	<0,001	0,514	0,237	<0,001
Correto	50 (79,4)	34 (59,6)	74 (51,0)	44 (62,9)	26 (36,1)	19 (43,2)	247 (54,8)				
Estação do Ano											
Incorreto	8 (12,7)	13 (22,8)	32 (22,1)	19 (27,1)	23 (31,9)	17 (38,6)	112 (24,8)	0,009	0,143	0,900	<0,001
Correto	55 (87,3)	44 (77,2)	113 (77,9)	51 (72,9)	49 (68,1)	27 (61,4)	339 (75,2)				
Dia da Semana											
Incorreto	8 (12,7)	13 (22,8)	40 (27,6)	20 (28,6)	30 (41,7)	18 (40,9)	129 (28,6)	<0,001	0,654	0,709	<0,001
Correto	55 (87,3)	44 (77,2)	105 (72,4)	50 (71,4)	42 (58,3)	26 (59,1)	322 (71,4)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

As frequências das variáveis relacionadas com a função da orientação no tempo melhoraram significativamente do momento de admissão para o momento da alta: Z=-5,578, p <0,001 (ano); Z=-4,778, p <0,001 (mês); Z=-4,822, p <0,001 (dia do mês); Z=-5,481, p <0,001 (estação do ano); Z=-5,920, p <0,001 (dia da semana) (Anexo 12 – Tabela 3).

Funções do Corpo – Funções Mentais Globais – Orientação em Relação ao Lugar

Os dados da orientação em relação ao lugar na admissão e na alta são apresentados na Tabela 67.

As maiores deficiências na admissão foram observadas na orientação sobre o “andar” [206 (45,7%)] e a “casa” [188 (41,7%)], enquanto o resultado mais positivo ocorreu no “país” [72 (16,0%)].

As diferenças sobre os grupos de interesse observaram-se na idade e na escolaridade. Os indivíduos com 85 ou mais anos revelaram maior incapacidade em todas as variáveis face aos dois grupos mais novos, com exceção para a variável “casa”, onde essa diferença não se observou na comparação com o grupo dos 75-84 anos. ($p=0,051$). Não se observaram diferenças nas variáveis da orientação do lugar entre os dois grupos mais novos.

Quanto à escolaridade, os indivíduos sem qualquer ano de escolaridade apresentaram maior deficiência nesta função quando comparados com os dois grupos escolarizados. Entre estes, só ocorreram diferenças significativas na orientação relativa ao “andar” ($p=0,023$), onde os menos escolarizados pontuaram mais negativamente.

No momento da alta as variáveis onde os indivíduos manifestaram maior incapacidade foram a orientação relativa à “casa” [131 (29,0%)] e ao “distrito” [126 (27,9%)].

As diferenças voltaram a observar-se na idade e na escolaridade. No entanto, na idade só ocorreram diferenças em três variáveis: terra ($p=0,036$), casa ($p=0,007$) e andar ($p=0,001$). Os mais idosos demonstraram maior deficiência na comparação com os dois grupos mais novos, com exceção para a variável “terra”, onde não se observou diferenças face ao grupo dos 65-74 anos ($p=0,069$). Entre os dois grupos mais novos as diferenças não foram significativas.

Na escolaridade as diferenças tiveram comportamento semelhante ao verificado no momento da admissão: os indivíduos sem escolaridade a manifestarem maior incapacidade em todas as variáveis relativamente aos escolarizados e entre estes não se observando diferenças significativas.

Tabela 67 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis da orientação em relação ao lugar, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
Orientação Lugar											
Admissão n (%)											
País											
Incorreto	6 (9,5)	7 (12,3)	20 (13,8)	8 (11,4)	20 (27,8)	11 (25,0)	72 (16,0)	0,001	0,742	0,783	<0,001
Correto	57 (90,5)	50 (87,7)	125 (86,2)	62 (88,6)	52 (72,2)	33 (75,0)	379 (84,0)				
Distrito											
Incorreto	15 (23,8)	16 (28,1)	51 (35,1)	18 (25,7)	39 (54,2)	15 (34,1)	154 (34,1)	0,002	0,055	0,359	<0,001
Correto	48 (76,2)	41 (71,9)	94 (64,8)	52 (74,3)	33 (45,8)	29 (65,9)	297 (65,9)				
Terra											
Incorreto	12 (19,0)	9 (15,8)	29 (20,0)	13 (18,6)	24 (33,3)	11 (25,0)	98 (21,7)	0,035	0,328	0,932	<0,001
Correto	51 (81,0)	48 (84,2)	116 (80,0)	57 (81,4)	48 (66,7)	33 (75,0)	353 (78,3)				
Casa											
Incorreto	18 (28,6)	20 (35,1)	61 (42,1)	28 (40,0)	42 (58,3)	19 (43,2)	188 (41,7)	0,005	0,400	0,409	<0,001
Correto	45 (71,4)	37 (64,9)	84 (57,9)	42 (60,0)	30 (41,7)	25 (56,8)	263 (58,3)				
Andar											
Incorreto	18 (28,6)	23 (40,4)	63 (43,4)	29 (41,4)	49 (68,1)	24 (54,5)	206 (45,7)	<0,001	0,682	0,682	<0,001
Correto	45 (71,4)	34 (59,6)	82 (56,6)	41 (58,6)	23 (31,9)	20 (45,5)	245 (54,3)				
Alta n (%)											
País											
Incorreto	6 (9,5)	8 (14,0)	15 (10,3)	9 (12,9)	11 (15,3)	9 (20,5)	58 (12,9)	0,261	0,246	0,760	<0,001
Correto	57 (90,5)	49 (86,0)	130 (89,7)	61 (87,1)	61 (84,7)	35 (79,5)	393 (87,1)				
Distrito											
Incorreto	13 (20,6)	17 (29,8)	42 (29,0)	14 (20,0)	27 (37,5)	13 (29,5)	126 (27,9)	0,187	0,415	0,170	<0,001
Correto	50 (79,4)	40 (70,2)	103 (71,0)	56 (80,0)	45 (62,5)	31 (70,5)	325 (72,1)				
Terra											
Incorreto	7 (11,1)	9 (15,8)	16 (11,0)	10 (14,3)	16 (22,2)	10 (22,7)	68 (15,1)	0,036	0,383	0,710	<0,001
Correto	56 (88,9)	48 (84,2)	129 (89,0)	60 (85,7)	56 (77,8)	34 (77,3)	383 (84,9)				
Casa											
Incorreto	15 (23,8)	14 (24,6)	38 (26,2)	17 (24,3)	31 (43,1)	16 (36,4)	131 (29,0)	0,007	0,569	0,731	0,007
Correto	48 (76,2)	43 (75,4)	107 (73,8)	53 (75,7)	41 (56,9)	28 (63,6)	320 (71,0)				
Andar											
Incorreto	8 (12,7)	12 (21,1)	39 (26,9)	13 (18,6)	26 (36,1)	17 (38,6)	115 (25,5)	0,001	0,721	0,707	<0,001
Correto	55 (87,3)	45 (78,9)	106 (73,1)	57 (81,4)	46 (63,9)	27 (61,4)	336 (74,5)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

As frequências das variáveis relacionadas com a função da orientação no lugar melhoraram significativamente do momento de admissão para o momento da alta: Z=-2,015 p=0,044 (país); Z=-3,500, p <0,001 (distrito); Z=-4,160, p <0,001 (terra); Z=-5,848, p <0,001 (casa); Z=-8,637, p <0,001 (andar) (Anexo 12 – Tabela 4).

A estatística descritiva referente aos *scores* parciais e global do estado cognitivo na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse é apresentado na Tabela 68.

Podemos observar que em todos os *scores* e em ambos os momentos avaliativos, os limites inferior e superior foram sempre respetivamente 0,00 e 3,00.

A média mais baixa observou-se no *score* da orientação do tempo no momento da admissão para as mulheres com idade ≥ 85 anos ($1,30 \pm 1,09$) e o mais elevado no *score* global do estado cognitivo, no momento da alta, também para as mulheres, mas do grupo com idade entre 65-74 anos ($2,58 \pm 0,85$).

A análise comparativa entre os grupos de interesse revelou diferenças estatisticamente significativas na idade em todos os *scores* e em ambos os momentos avaliativos; os grupos mais velhos apresentaram *scores* inferiores na comparação com os mais novos. Na escolaridade, as diferenças também foram significativas onde os resultados mais baixos pertenceram ao grupo sem escolaridade. Houve exceção para a orientação temporal e para o estado cognitivo global na admissão, onde as diferenças relativas à escolaridade, não existiram.

Tabela 68 - Estatística descritiva referente aos *scores* parciais e global do estado cognitivo na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	EC ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171				
Score Orientação Tempo Admissão											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,203	0,973	0,172
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,37	2,02	1,73	1,77	1,30	1,57	1,78				
mediana	3,00	2,40	1,80	1,80	1,20	1,80	1,80				
dp	0,97	1,10	1,20	1,14	1,09	1,21	1,17				
Score Orientação Tempo Alta											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,094	0,948	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,62	2,21	2,09	2,15	1,78	1,75	2,11				
mediana	3,00	3,00	2,40	3,00	1,80	2,10	3,00				
dp	0,84	1,09	1,11	1,11	1,09	1,28	1,11				
Score Orientação Lugar Admissão											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,410	0,211	0,035
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,34	2,21	2,07	2,18	1,55	1,91	2,05				
mediana	3,00	2,40	2,40	2,40	1,80	2,40	2,40				
dp	0,98	1,02	1,03	0,94	1,02	1,19	1,05				
Score Orientação Lugar Alta											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,007	0,333	0,652	0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,54	2,37	2,38	2,46	2,09	2,12	2,34				
mediana	3,00	3,00	3,00	3,00	2,40	2,70	3,00				
dp	0,91	1,01	0,91	0,92	1,04	1,12	0,97				
Score Estado Cognitivo Admissão											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,458	0,201	0,084
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,36	2,12	1,90	1,97	1,43	1,74	1,91				
mediana	2,85	2,40	2,10	2,25	1,50	1,95	2,10				
dp	0,92	1,02	1,04	0,97	0,97	1,13	1,04				
Estado Cognitivo Alta											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,133	0,937	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,58	2,29	2,23	2,31	1,93	1,93	2,22				
mediana	3,00	3,00	2,70	2,70	2,10	2,40	2,70				
dp	0,85	1,02	0,96	0,97	1,00	1,15	1,00				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Analisámos a diferença nas médias dos *scores* parciais da orientação do tempo e do lugar e do *score* global (que inclui os dois), entre a admissão e a alta, cujo resultado revelou diferenças significativas nas três variáveis ($p < 0,001$) (Anexo 12 – Tabela 5).

Funções do Corpo - Funções Emocionais

No primeiro momento da avaliação 342 idosos (75,8%) referiram sentir-se tristes/deprimidos, embora a maior percentagem tivesse referido que experienciava esse estado emocional durante pouco tempo.

Na análise comparativa dos grupos de interesse, só encontramos diferenças significativas na escolaridade ($p < 0,001$). A percentagem de indivíduos sem escolaridade a manifestar sentirem-se tristes/deprimidos, foi superior ao grupo com escolaridade mais elevada ($p < 0,001$) e a comparação entre os escolarizados, revelou que aqueles com escolaridade ≤ 4 anos expressaram mais a presença deste estado emocional ($p < 0,001$), relativamente aos mais escolarizados.

No momento da alta os resultados foram mais positivos, baixando o número de indivíduos com manifestações de tristeza/depressão [290 (63,3%)]. As diferenças significativas só voltaram a acontecer na escolaridade ($p=0,019$), cujo comportamento foi idêntico ao encontrado na primeira avaliação; os indivíduos sem escolaridade a manifestarem mais esta alteração quando comparados com os mais escolarizados ($p=0,006$) e entre os escolarizados, os de escolaridade ≤ 4 anos a manifestarem maior fragilidade nesta função ($p=0,021$).

Quanto ao estado emocional nervoso/ansioso, observámos que 308 (68,3%) indivíduos manifestaram este estado no momento de admissão na Rede e da mesma forma que tínhamos observado para o estado emocional “triste”, as diferenças significativas entre os grupos de comparação só ocorreram na escolaridade ($p=0,029$). Os idosos sem escolaridade e os com escolaridade ≤ 4 anos, referiram sentir-se mais nervosos/ansiosos que os mais escolarizados ($p=0,017$ e $p=0,009$ respetivamente).

Na última avaliação os resultados foram mais favoráveis para esta variável, com 265 (58,8%) a manifestarem sentirem-se em algum momento nervosos/ansiosos. As diferenças significativas só foram observadas relativamente ao sexo ($p=0,005$), onde as mulheres se mostraram mais vulneráveis nesta alteração emocional (64,6% vs 51,5%).

Quando indagámos os indivíduos acerca da presença de outra queixa emocional, foram muito poucos a referirem a sua presença. Na admissão, isso só foi verificado em 33 (7,3%) idosos, e a queixa mais frequente foi o medo, sendo que os indivíduos casados referiram-no mais vezes ($p=0,040$; 10,4% vs 5,2%).

Na recolha feita na alta, o número de indivíduos a referirem outras queixas emocionais ainda foi menos relevante [27 (6,0%)], não se tendo observado diferenças significativas na análise dos grupos de interesse.

Os resultados relativos às variáveis relacionadas com as queixas emocionais, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, são apresentados na Tabela 69.

Tabela 69 – Distribuição da amostra relativamente às queixas emocionais, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
Triste/Deprimido											
Admissão n (%)											
Muito Tempo	10 (15,9)	9 (15,8)	21 (14,5)	11 (15,7)	16 (22,2)	12 (27,3)	79 (17,5)	0,134	0,254	0,715	<0,001
Metade do Tempo	19 (30,2)	14 (24,6)	40 (27,6)	15 (21,4)	26 (36,1)	6 (13,6)	120 (26,6)				
Pouco Tempo	19 (30,2)	22 (38,6)	50 (34,5)	22 (31,4)	17 (23,6)	13 (29,5)	143 (31,7)				
Nunca	14 (22,2)	11 (19,3)	31 (21,4)	21 (30,0)	13 (18,1)	11 (25,0)	101 (22,4)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	8 (1,8)				
Alta n (%)											
Muito Tempo	8 (12,7)	4 (7,0)	16 (11,0)	9 (12,9)	6 (8,3)	6 (13,6)	49 (10,9)	0,108	0,409	0,733	0,019
Metade do Tempo	13 (20,6)	9 (15,8)	29 (20,0)	10 (14,3)	21 (29,2)	10 (22,7)	92 (20,4)				
Pouco Tempo	17 (27,0)	24 (42,1)	46 (31,7)	20 (28,6)	28 (38,9)	14 (31,8)	149 (33,0)				
Nunca	24 (38,1)	19 (33,3)	52 (35,9)	30 (42,9)	17 (23,6)	12 (27,3)	154 (34,1)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Nervoso/Ansioso											
Admissão n (%)											
Muito Tempo	13 (20,6)	9 (15,8)	19 (13,1)	11 (15,7)	16 (22,2)	8 (18,2)	76 (16,9)	0,433	0,115	0,623	0,029
Metade do Tempo	11 (17,5)	11 (19,3)	35 (24,1)	12 (17,1)	19 (26,4)	6 (13,6)	94 (20,8)				
Pouco Tempo	20 (31,7)	22 (38,6)	47 (32,4)	18 (25,7)	20 (27,8)	11 (25,0)	138 (30,6)				
Nunca	18 (28,6)	14 (24,6)	41 (28,3)	28 (40,0)	17 (23,6)	17 (38,6)	135 (29,9)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	8 (1,8)				
Alta n (%)											
Muito Tempo	7 (11,1)	4 (7,0)	13 (9,0)	7 (10,0)	8 (11,1)	5 (11,4)	44 (9,8)	0,374	0,005	0,858	0,060
Metade do Tempo	14 (22,2)	5 (8,8)	33 (22,8)	9 (12,9)	20 (27,8)	8 (18,2)	89 (19,7)				
Pouco Tempo	16 (25,4)	22 (38,6)	48 (33,1)	15 (21,4)	20 (27,8)	11 (25,0)	132 (29,3)				
Nunca	25 (39,7)	25 (43,9)	49 (33,8)	38 (54,3)	24 (33,3)	18 (40,9)	179 (39,7)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				
Outras Queixas Emocionais											
Admissão n (%)											
Com Queixas	6 (9,5)	7 (12,3)	8 (5,5)	5 (7,1)	5 (6,9)	2 (4,5)	33 (7,3)	0,227	0,561	0,040	0,134
Sem Queixas	56 (88,9)	49 (86,0)	134 (92,4)	64 (91,4)	67 (93,1)	40 (90,9)	410 (90,9)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	1 (1,8)	3 (2,1)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	8 (1,8)				
Alta n (%)											
Com Queixas	1 (1,6)	5 (8,8)	6 (4,1)	4 (5,7)	9 (12,5)	2 (4,5)	27 (6,0)	0,180	0,729	0,613	0,361
Sem Queixas	61 (96,8)	51 (89,5)	137 (94,5)	65 (92,9)	63 (87,5)	40 (90,9)	417 (92,5)				
Não Sabe/Não Responde	1 (1,6)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	2 (4,5)	7 (1,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Observámos diferenças nos resultados das funções emocionais triste/deprimido e nervoso/ansioso, entre o momento da admissão e da alta, cujos valores foram respetivamente $Z=-7,476$, $p<0,001$ e $Z=-5,394$, $p<0,001$ (Anexo 12 – Tabela 6).

Na Tabela 70 apresentamos a estatística descritiva referente ao *score* do domínio estado emocional na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Podemos observar que no momento da admissão e da alta, na análise por grupo etário, sexo e para a amostra total, os limites mínimo e máximo foram 0,00 e 3,00 respetivamente.

A média deste *score* na admissão para a amostra total foi de $2,04 \pm 0,76$ com valores que variaram entre $1,90 \pm 0,78$ (mulheres com idade ≥ 85 anos) e $2,16 \pm 0,82$ (homens com idade entre 75-84 anos).

A média no momento da alta para a amostra total foi de $2,25 \pm 0,72$, cuja análise por grupo etário e sexo, mostra uma variação entre $2,08 \pm 0,79$ (mulheres com idade ≥ 85 anos) e $2,36 \pm 0,82$ (homens com idade entre os 75-84 anos).

A análise comparativa entre os grupos de interesse revelou diferenças estatisticamente significativas na escolaridade no momento da admissão; os idosos sem escolaridade apresentaram valores mais baixos neste *score* na comparação com o grupo mais escolarizado ($p=0,023$), ou seja, este grupo revelou vulnerabilidade superior no que respeita às funções emocionais.

Tabela 70 -Estatística descritiva referente ao *score* do estado emocional na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Score Domínio Estado Emocional Admissão											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,238	0,834	0,104	0,022
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,00	1,99	2,08	2,16	1,90	2,10	2,04				
mediana	2,33	2,33	2,33	2,33	2,00	2,17	2,33				
dp	0,83	0,80	0,70	0,82	0,78	0,72	0,76				
Score Domínio Estado Emocional Alta											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,110	0,180	0,880	0,054
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,27	2,33	2,25	2,36	2,08	2,21	2,25				
mediana	2,33	2,33	2,33	2,67	2,33	2,33	2,33				
dp	0,72	0,60	0,70	0,82	0,79	0,63	0,72				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A diferença de médias entre a admissão e a alta do *score* do estado emocional teve uma diferença estatisticamente significativa $t_{442}=-7,326$, $p < 0,001$, cuja média foi mais alta na alta (Anexo 12 – Tabela 7).

Funções do Corpo – Continência Urinária

No momento de admissão na Rede 164 (36,4%) idosos eram totalmente continentes relativamente à função urinária, enquanto 105 (23,3%) se apresentaram com incontinência nesta função. A análise entre os grupos de interesse nessa altura, revelou diferenças significativas na escolaridade ($p=0,002$); os indivíduos sem escolaridade apresentaram-se mais dependentes nas funções miccionais quando comparados com aqueles possuidores de 4 ou mais anos de escolaridade ($p=0,016$).

No momento da alta as frequências relativas à continência urinária alteraram-se, passando o número de indivíduos continentes para 228 (50,6%) e o número de incontinentes para 47 (10,4%). Observámos diferenças na idade entre os três grupos avaliados ($p=0,002$), sendo que os mais velhos se apresentaram com maior incapacidade face aos dois mais novos ($p=0,045$; $p < 0,001$), o mesmo acontecendo entre os de 75-84 anos e os de 65-74 anos ($p=0,045$).

Na Tabela 71 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à continência urinária na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 71 – Distribuição da amostra relativamente à continência urinária, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Controlo da Urina											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Controla	6 (9,5)	11 (19,3)	25 (17,2)	13 (18,6)	14 (19,4)	6 (13,6)	75 (16,6)	0,055	0,401	0,824	0,002
Dependente de Outros	3 (4,8)	4 (7,0)	9 (6,2)	2 (2,9)	7 (9,7)	5 (11,4)	30 (6,7)				
Meios/Inc Esporádica ³⁾	24 (38,1)	19 (33,3)	67 (46,2)	20 (28,6)	34 (47,2)	18 (40,9)	182 (40,4)				
Independente	30 (47,6)	23 (40,4)	44 (30,3)	35 (50,0)	17 (23,6)	15 (34,1)	164 (36,4)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Controla	1 (1,6)	5 (8,8)	12 (8,3)	3 (4,3)	7 (9,7)	3 (6,8)	31 (6,9)	0,002	0,401	0,821	0,083
Dependente de Outros	2 (3,2)	0 (0)	5 (3,4)	3 (4,3)	3 (4,2)	3 (6,8)	16 (3,5)				
Meios/Inc Esporádica ³⁾	16 (25,4)	22 (38,6)	64 (44,1)	19 (27,1)	33 (45,8)	22 (50,0)	176 (39,0)				
Independente	44 (69,8)	30 (52,6)	64 (44,1)	45 (64,3)	29 (40,3)	16 (36,4)	228 (50,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Incontinência Esporádica

A função da continência urinária melhorou significativamente do momento de admissão para o momento da alta ($p < 0,001$) (Anexo 12 – Tabela 8).

Funções do Corpo – Continência Fecal

Quanto à continência fecal, na admissão os resultados revelaram que 188 (41,7%) dos indivíduos tinham total independência nesta função, enquanto 102 (22,6%) apresentavam deficiência nesta função. Na análise pelos grupos de interesse, observámos diferenças na idade ($p=0,012$) e na escolaridade ($p=0,002$). Os mais velhos (≥ 85 anos) foram mais incontinentes na função fecal quando comparados com os dois grupos mais novos ($p=0,035$; $p=0,003$). Os idosos sem escolaridade, da mesma forma que aqueles com escolaridade até 4 anos, apresentaram mais incapacidade face aos mais escolarizados ($p=0,002$; $p=0,001$), mas sem diferenças entre si.

Na altura da alta o número de indivíduos que apresentavam independência nesta função era 260 (57,6%), contra 48 (10,7%) que apresentavam dependência. As diferenças entre os grupos só ocorreram na idade ($p=0,005$); os indivíduos com 85 ou mais anos tinham nível superior de deficiência nesta função face aos dois grupos mais novos, mas entre estes não encontrámos diferenças ($p=0,014$; $p=0,002$).

Na tabela 72 apresentamos os valores relativos à distribuição da continência fecal na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total.

Tabela 72 – Distribuição da amostra relativamente à continência fecal, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Controlo das Fezes											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Controla	5 (7,9)	8 (14,0)	22 (15,2)	11 (15,7)	14 (19,4)	5 (11,4)	65 (14,4)	0,012	0,312	0,868	0,002
Dependente de Outros	4 (6,3)	6 (10,5)	12 (8,3)	3 (4,3)	7 (9,7)	5 (11,4)	37 (8,2)				
Meios/ Inc Esporádica ³⁾	20 (31,7)	17 (29,8)	52 (35,9)	21 (30,0)	34 (47,2)	17 (38,6)	161 (35,7)				
Independente	34 (54,0)	26 (45,6)	59 (40,7)	35 (50,0)	17 (23,6)	17 (38,6)	188 (41,7)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Controla	3 (4,8)	4 (7,0)	10 (6,9)	3 (4,3)	7 (9,7)	3 (6,8)	30 (6,7)	0,005	0,741	0,660	0,176
Dependente de Outros	2 (3,2)	1 (1,8)	7 (4,8)	3 (4,3)	2 (2,8)	3 (6,8)	18 (4,0)				
Meios/ Inc Esporádica ³⁾	12 (19,0)	19 (33,3)	45 (31,0)	18 (25,7)	28 (38,9)	21 (47,7)	143 (31,7)				
Independente	46 (73,0)	33 (57,9)	83 (57,2)	46 (65,7)	35 (48,6)	17 (38,6)	206 (57,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Incontinência Esporádica

Existiram diferenças estatisticamente significativas na funcionalidade da continência fecal entre o momento de admissão e o momento da alta ($p < 0,001$), cujo melhor resultado se observou na alta (Anexo 12 – Tabela 9).

Na Tabela 73 apresentamos a estatística descritiva referente ao *score* do domínio da continência na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Podemos observar que no momento da admissão e para a amostra total e para todos os grupos, os limites mínimo e máximo foram 0,00 e 3,00 respetivamente.

A média deste *score* na admissão para a amostra total foi de $2,01 \pm 1,02$, com valores que variaram de $1,75 \pm 0,99$ (mulheres com idade ≥ 85 anos) a $2,28 \pm 0,88$ (mulheres mais novas).

No momento da alta o limite mínimo foi de 0,00 e o superior de 3,00, em todos os grupos em análise.

A média deste *score* no momento da alta para a amostra total foi de $2,37 \pm 0,82$, sendo que a análise por grupo etário e sexo, mostra uma variação entre $2,17 \pm 0,84$ (mulheres com idade ≥ 85 anos) e $2,62 \pm 0,63$ (mulheres com idade entre os 65-74 anos).

A análise comparativa entre os grupos de interesse não revelou diferenças estatisticamente significativas no momento da admissão, com exceção para a escolaridade ($p=0,007$); os idosos sem escolaridade apresentaram valores superiores de incontinência na comparação com aqueles com escolaridade > 4 anos ($p=0,019$), da mesma forma que os do grupo com escolaridade ≤ 4 anos relativamente aos mais escolarizados ($p=0,007$).

Na avaliação final, encontrámos diferenças relativamente à idade ($p=0,014$); os idosos com idade ≥ 85 anos apresentaram-se mais incontinentes, comparativamente ao grupo etário mais novo ($p=0,015$).

Tabela 73 -Estatística descritiva referente ao score da continência na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Score Domínio Continência Admissão											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,069	0,442	0,773	0,007	
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00					
m	2,28	2,01	1,96	2,12	1,75	2,00					2,01
mediana	2,50	2,00	2,00	2,25	2,00	2,00					2,00
dp	0,88	1,07	1,02	1,09	0,99	0,98					1,02
Score Domínio Continência Alta											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,014	0,719	0,793	0,239	
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00					3,00
m	2,62	2,39	2,31	2,52	2,22	2,17					2,37
mediana	3,00	3,00	2,50	3,00	2,00	2,00					2,50
dp	0,63	0,85	0,85	0,77	0,90	0,84					0,82

1) Estado Civil; 2) Escolaridade; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio

A diferença de médias entre a admissão e a alta do score da continência teve uma diferença estatisticamente significativa $t_{450}=-9,949$, $p < 0,001$, cuja média mais alta se verificou na última avaliação (Anexo 12 – Tabela 10).

Funções do Corpo – Funções de Manutenção do Peso (IMC)

A distribuição das frequências relativamente ao IMC ocorreu conforme apresentamos na Tabela 74. O número de indivíduos aos quais não foi possível recolher esta informação, foi elevado: 159 (35,3%) em ambos os momentos avaliativos. Dos casos onde recolhemos esta variável, observámos que a distribuição se dicotomizou entre o peso adequado [112 (24,8%) na primeira avaliação e 112 (24,8%) na última avaliação] e o excesso de peso [139 (30,8%) na primeira avaliação e 137 (30,4%) na última avaliação].

Tabela 74 – Distribuição da amostra relativamente ao IMC, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451
	M	H	M	H	M	H	M=280
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171
IMC Admissão n (%)							
IMC <16,0 (Magreza)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
16,0 ≤ IMC ≤ 18,4 (Baixo Peso)	3 (4,8)	1 (1,8)	6 (4,1)	1 (1,4)	6 (8,3)	0 (0,0)	17 (3,8)
18,5 ≤ IMC ≤ 25 (Peso Adequado)	11 (17,5)	16 (28,1)	34 (23,4)	21 (30,0)	15 (20,8)	15 (34,1)	112 (24,8)
25,1 ≤ IMC ≤ 30 (Excesso Peso)	20 (31,7)	15 (26,3)	46 (31,7)	25 (35,7)	17 (23,7)	16 (36,4)	139 (30,8)
IMC > 30 (Obesidade)	3 (4,8)	2 (3,5)	9 (6,2)	1 (1,4)	6 (8,3)	2 (4,5)	23 (5,1)
Sem Recolha	25 (39,7)	23 (40,4)	50 (34,5)	22 (31,4)	28 (38,9)	11 (25,0)	159 (35,3)
IMC Alta n (%)							
IMC <16,0 (Magreza)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
16,0 ≤ IMC ≤ 18,4 (Baixo Peso)	3 (4,8)	1 (1,8)	6 (4,1)	1 (1,4)	6 (8,3)	0 (0,0)	17 (3,8)
18,5 ≤ IMC ≤ 25 (Peso Adequado)	11 (17,5)	16 (28,1)	34 (23,4)	21 (30,0)	15 (20,8)	15 (34,1)	112 (24,8)
25,1 ≤ IMC ≤ 30 (Excesso Peso)	20 (31,7)	15 (26,3)	44 (30,3)	25 (35,7)	17 (23,7)	16 (36,4)	137 (30,4)
IMC > 30 (Obesidade)	3 (4,8)	2 (3,5)	11 (7,6)	1 (1,4)	6 (8,3)	2 (4,5)	25 (5,5)
Sem Recolha	25 (39,7)	23 (40,4)	50 (34,5)	22 (31,4)	28 (38,9)	11 (25,0)	159 (35,3)

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos

Como existiram muitos casos desconhecidos, optou-se por dividir os resultados entre “Favorável” (classe “Peso Adequado”) e “Desfavorável” (restantes classes) e sobre esta distribuição, analisar as diferenças entre os grupos de interesse.

Perante esta divisão, observou-se que os resultados na admissão e na alta tiveram os mesmos valores, sendo que a percentagem de casos desfavoráveis foi superior em ambos os momentos [180 (61,6%)], não se tendo observado diferenças entre os grupos de interesse (Tabela 75).

Tabela 75 – Distribuição da amostra relativamente ao IMC, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
IMC Admissão n (%)											
Favorável	11 (28,9)	16 (47,1)	34 (35,8)	21 (43,8)	15 (34,1)	15 (45,5)	112 (38,4)	0,983	0,052	0,841	0,350
Desfavorável	27 (71,1)	18 (52,9)	61 (64,2)	27 (56,3)	29 (65,9)	18 (54,5)	180 (61,6)				
IMC Alta n (%)											
Favorável	11 (28,9)	16 (47,1)	34 (35,8)	21 (43,8)	15 (34,1)	15 (45,5)	112 (38,4)	0,983	0,052	0,841	0,350
Desfavorável	27 (71,1)	18 (52,9)	61 (64,2)	27 (56,3)	29 (65,9)	18 (54,5)	180 (61,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Atividades/Participação - Mobilidade

Andar em casa, na rua e em escadas. Aquando da admissão na Rede, destas três atividades, andar em casa foi aquela onde os indivíduos se revelaram mais autónomos/independentes, mas mesmo assim com uma percentagem importante de casos desfavoráveis [321 (71,2%) vs 130 (28,8%)]. Os idosos com idade ≥ 85 anos apresentaram mais dificuldade quando comparados com os outros dois grupos ($p=0,012$; $p=0,017$).

Na atividade andar na rua, o número de indivíduos em situação de dependência foi de 381 (84,4%), sendo que as mulheres se apresentaram mais limitadas face aos homens ($p=0,029$; 89,3% vs 76,6%). Andar em escadas, foi a atividade de mais difícil execução com 411 (91,1%) indivíduos dependentes nesta tarefa e onde as mulheres voltaram a manifestar maior dificuldade ($p=0,004$; 94,3% vs 86,0%).

Na altura da alta o comportamento das três variáveis da mobilidade foi idêntico ao que tínhamos encontrado na admissão, mas com percentagens de casos favoráveis bastante mais elevado em todas as atividades. Não encontramos diferenças na atividade de andar em casa em qualquer dos grupos de interesse. O grupo etário dos mais velhos manifestou maior dificuldade em andar na rua face aos grupos mais novos ($p=0,017$; $p=0,014$) tal como em andar em escadas ($p=0,027$; $p=0,023$).

Na Tabela 76 apresentamos a distribuição da amostra relativamente às variáveis da mobilidade na altura da admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 76 – Distribuição da amostra relativamente a andar em casa, na rua e em escadas na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
Andar em Casa											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Anda	20 (31,7)	20 (35,1)	51 (35,2)	23 (32,9)	29 (40,3)	18 (40,9)	161 (35,7)	0,022	0,207	0,405	0,120
Dependente de Outros	27 (42,9)	14 (24,6)	46 (31,7)	22 (31,4)	34 (47,2)	17 (38,6)	160 (35,5)				
Meios de Auxílio	11 (17,5)	14 (24,6)	45 (31,0)	15 (21,4)	7 (9,7)	7 (15,9)	99 (22,0)				
Independente	5 (7,9)	9 (15,8)	3 (2,1)	10 (14,3)	2 (2,8)	2 (4,5)	31 (6,9)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Anda	4 (6,3)	6 (10,5)	14 (9,7)	8 (11,4)	6 (8,3)	3 (6,8)	41 (9,1)	0,189	0,464	0,980	0,184
Dependente de Outros	11 (17,5)	7 (12,3)	29 (20,0)	13 (18,6)	17 (23,6)	10 (22,7)	87 (19,3)				
Meios de Auxílio	34 (54,0)	29 (50,9)	76 (52,4)	33 (47,1)	39 (54,2)	24 (54,5)	235 (52,1)				
Independente	14 (22,2)	15 (26,3)	26 (17,9)	16 (22,9)	10 (13,9)	7 (15,9)	88 (19,5)				
Andar na Rua											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Sai	38 (60,3)	30 (52,6)	86 (59,3)	35 (50,0)	44 (61,1)	27 (61,4)	260 (57,6)	0,278	0,029	0,925	0,844
Dependente de Outros	18 (28,6)	12 (21,1)	41 (28,3)	14 (20,0)	23 (31,9)	13 (29,5)	121 (26,8)				
Meios de Auxílio	5 (7,9)	10 (17,5)	15 (10,3)	15 (21,4)	5 (6,9)	4 (9,1)	54 (12,0)				
Independente	2 (3,2)	5 (8,8)	3 (2,1)	6 (8,6)	0 (0)	0 (0)	16 (3,5)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Sai	9 (14,3)	12 (21,1)	26 (17,9)	14 (20,0)	15 (20,8)	11 (25,0)	87 (19,3)	0,024	0,124	0,549	0,726
Dependente de Outros	19 (30,2)	7 (12,3)	31 (21,4)	13 (18,6)	26 (36,1)	10 (22,7)	106 (23,5)				
Meios de Auxílio	27 (42,9)	24 (42,1)	73 (50,3)	28 (40,0)	27 (37,5)	18 (40,9)	197 (43,7)				
Independente	8 (12,7)	14 (24,6)	15 (10,3)	15 (21,4)	4 (5,6)	5 (11,4)	61 (13,5)				
Andar em Escadas											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Usa	49 (77,8)	34 (59,6)	106 (73,1)	44 (62,9)	59 (81,9)	34 (77,3)	326 (72,3)	0,059	0,004	0,728	0,419
Dependente de Outros	9 (14,3)	13 (22,8)	30 (20,7)	15 (21,4)	11 (15,3)	7 (15,9)	85 (18,8)				
Meios de Auxílio	4 (6,3)	5 (8,8)	9 (6,2)	7 (10,0)	2 (2,8)	3 (6,8)	30 (6,7)				
Independente	1 (1,6)	5 (8,8)	0 (0)	4 (5,7)	0 (0)	0 (0)	10 (2,2)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Sai	17 (27,0)	16 (28,1)	38 (26,2)	20 (28,6)	24 (33,3)	15 (34,1)	130 (28,8)	0,039	0,337	0,303	0,584
Dependente de Outros	18 (28,6)	11 (19,3)	39 (26,9)	17 (24,3)	26 (36,1)	11 (25,0)	122 (27,1)				
Meios de Auxílio	19 (30,2)	19 (33,3)	56 (38,6)	21 (30,0)	19 (26,4)	15 (34,1)	149 (33,0)				
Independente	9 (14,3)	11 (19,3)	12 (8,3)	12 (17,1)	3 (4,2)	3 (6,8)	50 (11,1)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa dos resultados na mobilidade entre o momento da admissão e da alta revelou diferenças estatisticamente significativas nas três variáveis deste domínio $Z=-14,167$, $p < 0,001$ (andar em casa); $Z=-14,354$, $p < 0,001$ (andar na rua); $Z=-14,088$, $p < 0,001$ (andar em escadas), sendo que em todas as variáveis os resultados foram mais positivos na última avaliação (Anexo 12 – Tabela 11).

Mudar e Manter a Posição do Corpo. Deste domínio fazem parte as atividades deitar-se/levantar-se da cama e sentar-se/levantar-se de cadeiras.

No momento da admissão na Rede na atividade deitar/levantar da cama só 100 (22,2%) indivíduos se mostraram autónomos/independentes nesta tarefa.

Encontrámos diferenças na idade ($p=0,017$) com os mais idosos a revelar maior incapacidade, quando comparados com os mais novos ($p=0,004$).

No momento da alta os resultados foram mais favoráveis, com 278 (61,7%) dos indivíduos a mostrarem autonomia/independência em deitar/levantar da cama. Voltámos a encontrar diferenças na idade ($p=0,001$); os idosos com idade ≥ 85 anos mostraram maior limitação relativamente aos mais novos ($p < 0,001$) e aqueles com idade entre 75-84 anos tiveram o mesmo comportamento ($p=0,023$).

Relativamente à atividade sentar/levantar de cadeiras, os resultados mostraram que na admissão só 117 (26,0%) indivíduos mostraram funcionalidade nesta atividade. A idade revelou diferenças entre os grupos etários ($p=0,041$); os indivíduos mais idosos revelaram maior limitação comparativamente aos mais novos ($p=0,011$).

No momento da alta 310 (68,7%) indivíduos conseguiram ser autónomos/independentes nesta atividade. O desempenho nesta tarefa apresentou-se diferente relativamente à idade ($p=0,022$), com os mais velhos a demonstrar mais dificuldade face aos mais novos ($p=0,005$).

Na Tabela 77 são apresentados os dados relativamente à distribuição da amostra nas variáveis deitar/levantar da cama e sentar/levantar da cadeira, na altura da admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 77 – Distribuição da amostra relativamente às atividades de mudar e manter a posição do corpo na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Deitar/Levantar Cama											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não se Levanta	6 (9,5)	6 (10,5)	21 (14,5)	11 (15,7)	13 (18,1)	8 (18,2)	65 (14,4)	0,017	0,107	0,920	0,433
Dependente de Outros	42 (66,7)	33 (57,9)	93 (64,1)	39 (55,7)	51 (70,8)	28 (63,6)	286 (63,4)				
Meios de Auxílio	7 (11,1)	6 (10,5)	20 (13,8)	4 (5,7)	4 (5,6)	3 (6,8)	44 (9,8)				
Independente	8 (12,7)	12 (21,1)	11 (7,6)	16 (22,9)	4 (5,6)	5 (11,4)	56 (12,4)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não se Levanta	1 (1,6)	3 (5,3)	10 (6,9)	3 (4,3)	1 (1,4)	1 (2,3)	19 (4,2)	0,001	0,345	0,365	0,163
Dependente de Outros	16 (25,4)	15 (26,3)	52 (35,9)	20 (28,6)	35 (48,6)	16 (36,4)	154 (34,1)				
Meios de Auxílio	13 (20,6)	11 (19,3)	28 (19,3)	17 (24,3)	18 (25,0)	18 (40,9)	105 (23,3)				
Independente	33 (52,4)	28 (49,1)	55 (37,9)	30 (42,9)	18 (25,0)	9 (20,5)	173 (38,4)				
Sentar/Levantar Cadeira											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não se Levanta	6 (9,5)	7 (12,3)	21 (14,5)	11 (15,7)	13 (18,1)	8 (18,2)	66 (14,6)	0,041	0,066	0,948	0,237
Dependente de Outros	41 (65,1)	29 (50,9)	87 (60,0)	37 (52,9)	49 (68,1)	25 (56,8)	268 (59,4)				
Meios de Auxílio	6 (9,5)	8 (14,0)	26 (17,9)	4 (5,7)	5 (6,9)	4 (9,1)	53 (11,8)				
Independente	10 (15,9)	13 (22,8)	11 (7,6)	18 (25,7)	5 (6,9)	7 (15,9)	64 (14,2)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não se Levanta	2 (3,2)	3 (5,3)	9 (6,2)	3 (4,3)	1 (1,4)	1 (2,3)	19 (4,2)	0,022	0,648	0,801	0,055
Dependente de Outros	14 (22,2)	14 (24,6)	38 (26,2)	18 (25,7)	25 (34,7)	13 (29,5)	122 (27,1)				
Meios de Auxílio	15 (23,8)	10 (17,3)	37 (25,5)	18 (25,7)	26 (36,1)	18 (40,9)	124 (27,5)				
Independente	32 (50,8)	30 (52,6)	61 (42,1)	31 (44,3)	20 (27,8)	12 (27,3)	186 (41,2)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa dos resultados nas atividades deitar/levantar da cama e sentar/levantar de cadeira, entre o momento da admissão e da alta revelou diferenças estatisticamente significativas, com resultados mais favoráveis para a última avaliação: $Z=-13,500$, $p<0,001$ e $Z=-13,754$, $p<0,001$ respetivamente (Anexo 12 – Tabela 12).

Deslocar-se Utilizando Transporte. No momento da admissão a maior parte dos idosos, 425 (94,2%) não executava esta tarefa, não se tendo encontrado diferenças significativas entre os grupos de interesse.

No momento da alta o número de indivíduos nessa situação desceu para 353 (78,3%), observando-se diferenças significativas relativas à idade e à escolaridade. Na idade as diferenças ocorreram entre os três grupos, com os mais velhos a manifestarem sempre maior dificuldade ($p=0,059$; $p<0,001$; $p=0,010$). Na escolaridade observámos diferenças também entre os três grupos, com os menos escolarizados a referirem maior incapacidade ($p=0,017$; $p=0,001$; $p=0,035$).

Na Tabela 78 são apresentados os dados relativos à distribuição da amostra na variável usar transportes, na altura da admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 78 – Distribuição da amostra relativamente à atividade usar transportes na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
Usar Transporte											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Usa	41 (65,1)	38 (66,7)	88 (60,7)	39 (55,7)	44 (61,1)	28 (63,6)	278 (61,6)				
Dependente de Outros	20 (31,7)	15 (26,3)	47 (32,4)	24 (34,3)	27 (37,5)	14 (31,8)	147 (32,6)	0,377	0,747	0,261	0,295
Meios/Ajuda Ocasional	1 (1,6)	3 (5,3)	7 (4,8)	3 (4,3)	1 (1,4)	1 (2,3)	16 (3,5)				
Independente	1 (1,6)	1 (1,8)	3 (2,1)	4 (5,7)	0 (0)	1 (2,3)	10 (2,2)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Usa	16 (25,4)	19 (33,3)	50 (34,5)	20 (28,6)	27 (37,5)	19 (43,2)	151 (33,5)				
Dependente de Outros	24 (38,1)	16 (28,1)	70 (48,3)	34 (48,6)	36 (50,0)	22 (50,0)	202 (44,8)	0,001	0,734	0,444	0,002
Meios/Ajuda Ocasional	14 (22,2)	14 (24,6)	18 (12,4)	12 (17,1)	6 (8,3)	2 (4,5)	66 (14,6)				
Independente	9 (14,3)	8 (14,0)	7 (4,8)	4 (5,7)	3 (4,2)	1 (2,3)	32 (7,1)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa dos resultados na atividade usar transportes, entre o momento da admissão e da alta revelou diferenças estatisticamente significativas $Z=-9,822$, $p < 0,001$, com resultados mais favoráveis na altura da alta (Anexo 12 – Tabela 13).

Na Tabela 79 apresentamos a estatística descritiva referente ao *score* do domínio da mobilidade na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Podemos observar que no momento da admissão e para a amostra total os limites mínimo e máximo foram 0,00 e 3,00 respetivamente. A análise por grupo etário e sexo, mostra que o limite mínimo foi igual em todos os grupos, mas que houve diferenças no limite superior; o valor mais baixo do limite superior foi de 2,17 (mulheres com idade ≥ 85 anos) e o mais alto (3,00) ocorreu nos homens em ambos os grupos etários mais novos.

A média deste *score* na admissão para a amostra total foi de $0,82 \pm 0,65$, com valores que variaram de $0,64 \pm 0,47$ (mulheres com idade ≥ 85 anos) a $1 \pm 0,81$ e $1 \pm 0,85$ (homens dos dois grupos etários mais novos).

No momento da alta o limite mínimo foi de 0,00 em todos os grupos com exceção para os homens mais velhos, cujo limite mínimo neste *score* foi de 0,17. O limite máximo foi de 3,00 em todos os grupos, com exceção para as mulheres mais velhas que pontuaram com 2,83.

A média deste *score* no momento da alta para a amostra total foi de $1,60 \pm 0,80$, sendo que a análise por grupo etário e sexo, mostra uma variação entre $1,41 \pm 0,71$ (mulheres com idade ≥ 85 anos) e $1,76 \pm 0,90$ (homens com idade entre os 65-74 anos).

A análise comparativa entre os grupos de interesse revelou diferenças estatisticamente significativas na idade em ambos os momentos avaliativos, e o sexo no momento da admissão. Na avaliação inicial, os idosos com idade ≥ 85 anos, apresentaram *score* inferior, comparativamente ao grupo etário mais novo ($p=0,027$), tendo as mulheres apresentado também valores mais baixos face aos homens. Na avaliação final a diferença entre grupos etários só se verificou entre os mais velhos e os mais novos ($p=0,007$).

Tabela 79 -Estatística descritiva referente ao *score* do domínio da mobilidade na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
Score Domínio Mobilidade Admissão											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,016	0,004	0,978	0,151	
máx	2,83	3,00	2,50	3,00	2,17	2,33					3,00
m	0,81	1,00	0,78	1,00	0,64	0,73					0,82
mediana	0,67	0,83	0,67	0,75	0,58	0,67					0,67
dp	0,61	0,81	0,56	0,85	0,47	0,58	0,65				
Score Domínio Mobilidade Alta											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,007	0,353	0,854	0,098	
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,83					3,00
m	1,75	1,76	1,57	1,66	1,41	1,45					1,60
mediana	1,83	2,00	1,67	1,67	1,33	1,50					1,67
dp	0,80	0,90	0,79	0,84	0,71	0,71	0,80				

1) Estado Civil; 2) Escolaridade; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio

A diferença de médias entre a admissão e a alta do *score* da mobilidade teve uma diferença estatisticamente significativa $t_{450}=-24,957$, $p < 0,001$, cuja média mais alta se verificou na última avaliação (Anexo 12 – Tabela 14).

Atividades/Participação - Auto Cuidados

Neste capítulo foram avaliadas as categorias lavar-se/tomar banho; vestir-se/despir-se; *os cuidados relacionados com os processos de excreção* com a variável, usar sanita e/ou bacio/urinol; comer/alimentar-se e ainda *cuidar da própria saúde* com a variável, tomar os seus medicamentos, cujos resultados relativos à admissão e à alta por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse, se apresentam na Tabela 80.

No primeiro momento avaliativo 383 (84,9%) indivíduos eram dependentes no banho, cujas diferenças significativas se encontraram associadas à idade ($p < 0,001$) e à escolaridade ($p=0,010$). Na idade, as diferenças encontraram-se na comparação entre todos os grupos etários, onde os resultados mais desfavoráveis pertenceram sempre aos mais velhos (≥ 85 anos vs 75-84 anos, $p=0,116$; ≥ 85 anos vs 65-74 anos, $p < 0,001$; 75-84 anos vs 65-74 anos, $p=0,004$). Na escolaridade, observou-se maior incapacidade nos indivíduos sem escolaridade face os mais escolarizados ($p=0,005$) e também entre os dois grupos escolarizados ($p=0,012$), cuja limitação foi superior no grupo de escolaridade mais baixa.

Na avaliação final, a dependência no banho desceu, tendo sido observada em 232 (51,4%) indivíduos. Voltámos a observar diferenças na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p=0,046$). As diferenças na idade voltaram a acontecer em todos os grupos etários e novamente com os resultados mais baixos nos mais idosos (≥ 85 anos vs 75-84 anos, $p=0,014$; ≥ 85 anos vs 65-74 anos, $p < 0,001$; 75-84 anos vs 65-74 anos, $p=0,012$). Na escolaridade, as diferenças significativas observaram-se entre o grupo sem escolaridade e o grupo mais escolarizado ($p=0,018$) onde os resultados mais desfavoráveis foram para os primeiros.

O número de indivíduos que referiu na avaliação inicial ter incapacidade na atividade vestir/despir foi de 344 (76,3%). A comparação entre os grupos de interesse revelou novamente diferenças na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p=0,011$). Os grupos mais velhos mostraram-se mais vulneráveis no desempenho desta atividade relativamente aos mais novos (≥ 85 anos vs 75-84 anos, $p=0,012$; ≥ 85 anos vs 65-74 anos, $p < 0,001$; 75-84 anos vs 65-74 anos, $p=0,049$). Na escolaridade, os idosos sem escolaridade

apresentaram-se com maior limitação na comparação com os mais escolarizados ($p=0,004$), acontecendo a mesma situação entre os indivíduos com escolaridade ≤ 4 anos e os de escolaridade mais elevada ($p=0,007$).

No momento da alta foram 280 (39,9%), os indivíduos a serem dependentes no vestir/despir. As diferenças significativas mantiveram-se ao nível da idade ($p=0,001$) e da escolaridade ($p=0,042$). As diferenças significativas na idade aconteceram entre os mais velhos e os mais novos ($p < 0,001$), bem como entre os dois grupos etários mais novos ($p=0,008$), cujos resultados mais negativos penderam sempre para os mais velhos. Na escolaridade observámos diferenças entre os indivíduos sem escolaridade e os mais escolarizados ($p=0,020$), onde o grau mais elevado de incapacidade ocorreu nos mais desfavorecidos em termos educacionais.

Quanto à capacidade da atividade usar sanita e/ou bacio/urinol e para a avaliação inicial encontrámos 333 (73,8%) indivíduos com dificuldades. A análise pelos grupos de interesse só revelou diferenças significativas na idade ($p < 0,001$), onde as idades mais elevadas se associaram a funcionalidade mais baixa (≥ 85 anos vs 75-84 anos, $p=0,008$; ≥ 85 anos vs 65-74 anos, $p < 0,001$; 75-84 anos vs 65-74 anos, $p=0,041$).

Na alta, o número de indivíduos com dificuldades em utilizar sanita e/ou urinol, baixou para 158 (35,0%). Só voltámos a encontrar diferenças na idade ($p=0,010$) e mais uma vez com os resultados mais desfavoráveis nos grupos mais idosos (≥ 85 anos vs 75-84 anos, $p=0,025$; ≥ 85 anos vs 65-74 anos, $p=0,003$; 75-84 anos vs 65-74 anos, $p=0,277$).

A funcionalidade na atividade comer/alimentar-se na altura da admissão na Rede, foi aquela onde observámos resultados mais positivos; as limitações só foram experienciadas por 137 (30,4%) idosos, não se tendo observado diferenças na comparação entre os grupos de interesse.

Na avaliação final os resultados favoráveis melhoraram, sendo só 68 (15,1%) os idosos a apresentarem limitações na atividade comer/alimentar-se. Não foram detetadas diferenças significativas entre os grupos de comparação.

Na primeira avaliação e relativamente à atividade tomar medicamentos, encontrámos 300 (66,5%) idosos que não conseguiam desempenhá-la de forma autónoma ou

independente. Obtiveram-se diferenças significativas na idade ($p=0,033$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Quanto à idade essas diferenças aconteceram entre os mais idosos e os dois grupos mais novos (75-84 anos, $p=0,012$; 65-74 anos, $p=0,036$), onde aqueles obtiveram níveis de maior dependência. Na escolaridade, as diferenças foram mais abrangentes, ocorrendo entre as três comparações e cujos resultados mais desfavoráveis pertenceram ao grupo sem escolaridade ou com escolaridade mais reduzida (sem escolaridade vs escolaridade ≤ 4 anos, $p=0,008$; sem escolaridade vs escolaridade > 4 anos, $p < 0,001$; escolaridade ≤ 4 anos vs escolaridade > 4 anos, $p < 0,001$).

Na altura da alta o número de idosos dependentes na atividade tomar medicamentos, foi de 204 (45,2%). Voltámos a encontrar diferenças na idade ($p < 0,001$), cuja comparação entre grupos foi idêntica à encontrada na admissão e na escolaridade ($p < 0,001$). Na idade, o grupo com 85 ou mais anos apresentou maior incapacidade neste desempenho face aos mais novos (75-84 anos, $p < 0,001$; 65-74 anos, $p < 0,001$). Na escolaridade, as diferenças significativas observaram-se entre os três grupos (sem escolaridade vs escolaridade ≤ 4 anos, $p < 0,001$; sem escolaridade vs escolaridade > 4 anos, $p < 0,001$; escolaridade ≤ 4 anos vs escolaridade > 4 anos, $p < 0,010$).

Tabela 80 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis do auto cuidado na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171				
Lavar-se/Tomar Banho											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não se Lava	4 (6,3)	7 (12,3)	18 (12,4)	13 (18,6)	10 (13,9)	10 (22,7)	62 (13,7)	<0,001	0,758	0,509	0,010
Dependente de Outros	41 (65,1)	37 (64,9)	111 (76,6)	44 (62,9)	58 (80,6)	30 (68,2)	321 (71,2)				
Meios de Auxílio	13 (20,6)	7 (12,3)	13 (9,0)	8 (11,4)	3 (4,2)	3 (6,8)	47 (10,4)				
Independente	5 (7,9)	6 (10,5)	3 (2,1)	5 (7,1)	1 (1,4)	1 (2,3)	21 (4,7)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não se Lava	1 (1,6)	2 (3,5)	8 (5,5)	2 (2,9)	3 (4,2)	3 (6,8)	19 (4,2)	<0,001	0,647	0,878	0,046
Dependente de Outros	23 (36,5)	20 (35,1)	66 (45,5)	35 (50,0)	44 (61,1)	25 (56,8)	213 (47,2)				
Meios de Auxílio	19 (30,2)	15 (26,3)	38 (26,2)	16 (22,9)	17 (23,6)	10 (22,7)	115 (25,5)				
Independente	20 (31,7)	20 (35,1)	33 (22,8)	17 (24,3)	8 (11,1)	6 (13,6)	104 (23,1)				
Vestir-se/Despir-se											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não se Veste	3 (4,8)	6 (10,5)	17 (11,7)	11 (15,7)	11 (15,3)	7 (15,9)	55 (12,2)	<0,001	0,699	0,676	0,011
Dependente de Outros	39 (61,9)	33 (57,9)	91 (62,8)	41 (58,6)	57 (79,2)	28 (63,6)	289 (64,1)				
Meios/Acabamentos	11 (17,5)	11 (19,3)	29 (20,0)	10 (14,3)	2 (2,8)	6 (13,6)	69 (15,3)				
Independente	10 (15,9)	7 (12,3)	8 (5,5)	8 (11,4)	2 (2,8)	3 (6,8)	38 (8,4)				
Alta (n%)											
Incapaz/Não se Veste	1 (1,6)	2 (3,5)	8 (5,5)	2 (2,9)	3 (4,2)	0 (0)	16 (3,5)	0,001	0,572	0,904	0,042
Dependente de Outros	19 (30,2)	15 (26,3)	53 (36,6)	24 (34,3)	32 (44,4)	21 (47,7)	164 (36,4)				
Meios/Acabamentos	15 (23,8)	14 (24,6)	39 (26,9)	26 (37,1)	23 (31,9)	15 (34,1)	132 (29,3)				
Independente	28 (44,4)	26 (45,6)	45 (31,0)	18 (25,7)	14 (19,4)	8 (18,2)	139 (30,8)				
Usar Sanita /Urinol/Bacio											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Usa	5 (7,9)	10 (17,5)	30 (20,7)	14 (20,0)	17 (23,6)	12 (27,3)	88 (19,5)	<0,001	0,166	0,792	0,087
Dependente de Outros	39 (61,9)	24 (42,1)	78 (53,8)	31 (44,3)	48 (66,7)	25 (56,8)	245 (54,3)				
Meios de Auxílio	5 (7,9)	11 (19,3)	6 (17,9)	9 (12,9)	4 (5,6)	2 (4,5)	57 (12,6)				
Independente	14 (22,2)	12 (21,1)	11 (7,6)	16 (22,9)	3 (4,2)	5 (11,4)	61 (13,5)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Usa	2 (3,2)	4 (7,0)	11 (7,6)	4 (5,7)	5 (6,9)	2 (4,5)	28 (6,2)	0,010	0,699	0,945	0,070
Dependente de Outros	17 (27,0)	13 (22,8)	39 (26,9)	19 (27,1)	25 (34,7)	17 (38,6)	130 (28,8)				
Meios de Auxílio	15 (23,8)	12 (21,1)	35 (24,1)	18 (25,7)	24 (33,3)	13 (29,5)	117 (25,9)				
Independente	29 (46,0)	28 (49,1)	60 (41,4)	29 (41,4)	18 (25,0)	12 (27,3)	176 (39,0)				
Comer/alimentar-se											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não se Alimenta	3 (4,8)	2 (3,5)	8 (5,5)	4 (5,7)	4 (5,6)	0 (0)	21 (4,7)	0,116	0,976	0,640	0,092
Dependente de Outros	9 (14,3)	14 (24,6)	39 (26,9)	18 (25,7)	20 (27,8)	16 (36,4)	116 (25,7)				
Meios de Auxílio	10 (15,9)	6 (10,5)	16 (11,0)	11 (15,7)	14 (19,4)	4 (9,1)	61 (13,5)				
Independente	41 (65,1)	35 (61,4)	82 (56,6)	37 (52,9)	34 (47,2)	24 (54,5)	253 (56,1)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não se Alimenta	0 (0)	1 (1,8)	5 (3,4)	2 (2,9)	0 (0)	0 (0)	8 (1,8)	0,522	0,368	0,750	0,177
Dependente de Outros	6 (9,5)	9 (1,8)	22 (15,2)	6 (8,6)	7 (9,7)	10 (22,7)	60 (13,3)				
Meios de Auxílio	7 (11,1)	8 (14,0)	14 (9,7)	12 (17,1)	16 (22,2)	6 (13,6)	63 (14,0)				
Independente	50 (79,4)	39 (68,4)	104 (71,7)	50 (71,4)	49 (68,1)	28 (63,6)	320 (71,0)				
Tomar Seus Medicamentos											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Toma	14 (22,2)	12 (21,1)	28 (19,3)	12 (17,1)	18 (25,0)	9 (20,5)	93 (20,6)	0,033	0,390	0,695	<0,001
Dependente de Outros	17 (27,0)	32 (56,1)	60 (41,4)	35 (50,0)	40 (55,6)	23 (52,3)	207 (45,9)				
Meios/Ajuda Ocasional	13 (20,6)	6 (10,5)	34 (23,4)	12 (17,1)	12 (16,7)	5 (11,4)	82 (18,2)				
Independente	19 (30,2)	7 (12,3)	23 (15,9)	11 (15,7)	2 (2,8)	7 (15,9)	69 (15,3)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Toma	5 (7,9)	5 (8,8)	14 (9,7)	5 (7,1)	7 (9,7)	6 (13,6)	42 (9,3)	<0,001	0,334	0,136	<0,001
Dependente de Outros	13 (20,6)	21 (36,8)	47 (32,4)	26 (37,1)	37 (51,4)	18 (40,9)	162 (35,9)				
Meios/Ajuda Ocasional	16 (25,4)	13 (22,8)	29 (20,0)	17 (24,3)	21 (29,2)	14 (31,8)	110 (24,4)				
Independente	29 (46,0)	18 (31,6)	55 (37,9)	22 (31,4)	7 (9,7)	6 (13,6)	137 (30,4)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa dos resultados nas cinco atividades relacionadas com o auto cuidado, entre o momento da admissão e da alta, revelou diferenças estatisticamente significativas, com resultados mais positivos na última avaliação: $Z=-13,305$, $p < 0,001$ (banho), $Z=-13,192$, $p < 0,001$ (vestir), $Z=-13,725$, $p < 0,001$ (sanita), $Z=-8,861$, $p < 0,001$ (comer), $Z=-9,939$, $p < 0,001$ (medicamentos) (Anexo 12 – Tabela 15).

Foi também feita a análise da estatística descritiva relativa ao *score* do auto cuidado nos dois momentos avaliativos por grupo etário e sexo, bem como para a amostra total e pelos grupos de interesse.

Podemos observar que no momento da admissão os limites mínimo e máximo foram 0,00 e 3,00 respetivamente, em todos os grupos etários.

A média deste *score* na admissão para a amostra total foi de $1,39 \pm 0,66$, com valores que variaram de $1,37 \pm 0,62$ (mulheres dos dois grupos etários mais velhos) a $1,64 \pm 0,69$ (mulheres mais novas).

No momento da alta o limite mínimo foi de 0,00 em todos os grupos com exceção para as mulheres mais novas, cujo valor foi de 0,80, enquanto o limite máximo foi de 3,00 em todos os grupos.

A média deste *score* no momento da alta para a amostra total foi de $1,97 \pm 0,76$, sendo que a análise por grupo etário e sexo, mostra uma variação entre $1,76 \pm 0,65$ e $1,76 \pm 0,66$ (mulheres e homens do grupo mais idoso respetivamente) e $2,19 \pm 0,71$ (mulheres mais novas).

A análise comparativa entre os grupos de interesse revelou diferenças estatisticamente significativas na idade ($p < 0,001$ e $p=0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$ e $p=0,004$) em ambos os momentos avaliativos. Na avaliação inicial, os idosos com idade ≥ 85 anos, apresentaram *score* inferior, comparativamente aos outros dois grupos etários ($p=0,049$; $p < 0,001$), sendo que na avaliação final observámos o mesmo comportamento ($p=0,048$; $p=0,001$). Relativamente à escolaridade e referindo-nos à avaliação inicial, os indivíduos sem escolaridade apresentaram maior dependência nos auto cuidados que os mais escolarizados ($p < 0,001$), revelando a mesma situação, aqueles com escolaridade ≤ 4 anos ($p < 0,001$). No momento da alta as diferenças

significativas ocorreram entre os idosos sem escolaridade e os mais escolarizados ($p=0,008$).

Na Tabela 81 apresentamos a estatística descritiva do *score* dos auto cuidados na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Tabela 81 -Estatística descritiva referente ao *score* dos auto cuidados na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos							
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾				
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44									
Score Auto Cuidados Admissão														
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					<0,001	0,211	0,392	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00								
m	1,64	1,48	1,37	1,43	1,16	1,28	1,39							
mediana	1,60	1,40	1,40	1,40	1,20	1,10	1,40							
dp	0,69	0,70	0,62	0,74	0,62	0,74	0,66							
Score Auto Cuidados Alta														
min	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,001	0,321	0,764	0,004				
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00								
m	2,19	2,09	1,97	1,99	1,76	1,76					1,97			
mediana	2,40	2,20	2,20	2,00	1,80	1,70					2,00			
dp	0,71	0,79	0,83	0,74	0,65	0,66					0,76			

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A diferença de médias entre a admissão e a alta do *score* dos Auto Cuidados teve uma diferença estatisticamente significativa $t_{450}=-22,571$, $p < 0,001$, cuja média foi mais elevada no momento da alta (Anexo 12 – Tabela 16).

Atividades/Participação - Comunicação

Na atividade usar o telefone e no que diz respeito à avaliação referente à admissão na Rede, foram 223 (49,5%) os indivíduos que referiram ter incapacidade. Quando fizemos a análise comparativa entre os grupos de interesse do estudo, encontrámos diferenças na idade ($p=0,001$), no estado civil ($p=0,023$) e na escolaridade ($p < 0,001$).

Relativamente à idade, as diferenças ocorreram entre os três grupos, onde os mais idosos se apresentaram sempre com maior incapacidade em comparação com os mais

novos (≥ 85 anos vs 75-84 anos, $p=0,023$; ≥ 85 anos vs 65-74 anos, $p < 0,001$; 75-84 anos vs 65-74 anos, $p=0,044$); no estado civil, os indivíduos com conjugalidade “só” apresentaram maior limitação nesta atividade (53,9% vs 43,6%); na escolaridade os idosos sem escolaridade apresentaram mais dificuldades no desempenho desta tarefa, face aos dois grupos escolarizados ($p < 0,001$ em ambas as situações).

No momento da alta, o número de indivíduos com incapacidade desceu para 177 (39,3%). Encontrámos diferenças na análise comparativa entre todos os grupos em análise; idade ($p < 0,001$); sexo ($p=0,033$); estado civil ($p=0,044$) e escolaridade ($p < 0,001$).

Na idade, voltámos a encontrar diferenças entre os três grupos etários; os mais velhos sempre com incapacidade superior na comparação com os mais novos (≥ 85 anos vs 75-84 anos, $p=0,012$; ≥ 85 anos vs 65-74 anos, $p < 0,001$; 75-84 anos vs 65-74 anos, $p=0,014$). Quanto ao sexo, neste momento avaliativo, os homens demonstraram maiores dificuldades na comparação com as mulheres (45,0% vs 35,7%). No estado civil, as diferenças repetiram-se; os mais sós, a demonstrar maiores limitações em usar o telefone (42,2% vs 35,4%). Na escolaridade, os idosos sem escolaridade, mostraram-se mais desfavoráveis neste desempenho ($p < 0,001$ em ambas as comparações).

Na Tabela 82 são apresentados os resultados da distribuição da amostra na variável usar telefone na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total.

Tabela 82 - Distribuição da amostra relativamente à atividade usar telefone na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Usar o Telefone											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Usa	12 (19,0)	15 (26,3)	39 (26,9)	26 (37,1)	27 (37,5)	17 (38,6)	136 (30,2)	0,001	0,096	0,023	<0,001
Dependente de Outros	9 (14,3)	8 (14,0)	24 (16,6)	16 (22,9)	18 (25,0)	12 (27,3)	87 (19,3)				
Meios de Auxílio	2 (3,2)	5 (8,8)	9 (6,2)	1 (1,4)	4 (5,6)	0 (0)	21 (4,7)				
Independente	40 (63,5)	29 (50,9)	73 (50,3)	27 (38,6)	23 (31,9)	15 (34,1)	207 (45,9)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Usa	7 (11,1)	11 (19,3)	32 (22,1)	20 (28,6)	19 (26,4)	16 (36,4)	105 (23,3)	<0,001	0,033	0,044	<0,001
Dependente de Outros	6 (9,5)	6 (10,5)	20 (13,8)	14 (20,0)	16 (22,2)	10 (22,7)	72 (16,0)				
Meios de Auxílio	4 (6,3)	7 (12,3)	10 (6,9)	4 (5,7)	9 (12,5)	4 (9,1)	38 (8,4)				
Independente	46 (73,0)	33 (57,9)	83 (57,2)	32 (45,7)	28 (38,9)	14 (31,8)	236 (52,3)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A comparação entre os resultados iniciais e finais para a atividade usar telefone, revelou terem existido diferenças significativas ($Z=-5,474$; $p < 0,001$), com resultados mais favoráveis na alta (Anexo 12 – Tabela 17).

Atividades/Participação - Vida Doméstica

As atividades referentes à *vida doméstica* incluíram as variáveis fazer compras, preparar refeições, tarefas de lida da casa e lavar/tratar da sua roupa.

No momento de admissão e relativamente à atividade fazer compras, encontrámos um número elevado de indivíduos com dificuldade nesta tarefa [439 (97,3%)], mas sem diferenças entre os grupos de interesse.

Na alta, o número de indivíduos a manterem dificuldades desceu para 340 (75,4%), tendo-se encontrado diferenças na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p=0,023$). Os mais velhos apresentaram maiores dificuldades nesta tarefa, na comparação com os dois grupos etários mais novos ($p < 0,001$ em ambas as comparações). Na escolaridade, a subamostra sem escolaridade mostrou mais incapacidade que aqueles com escolaridade > 4 anos ($p= 0,008$), da mesma forma que aqueles com escolaridade ≤ 4 anos ($p=0,048$).

Quanto ao desempenho relativo a preparar refeições, 430 (95,3%) indivíduos apresentaram-se com limitação na avaliação inicial. Observámos diferenças significativas ($p=0,016$) nesta limitação, no que diz respeito à escolaridade; os indivíduos sem escolaridade tiveram um desempenho inferior na comparação com os mais escolarizados ($p=0,006$), tal como sucedeu com os de escolaridade ≤ 4 anos ($p=0,008$).

No momento da alta, o número de indivíduos com incapacidade na atividade de preparar refeições desceu para 323 (71,6%), detetando-se diferenças na idade ($p=0,001$), no sexo ($p=0,023$) e na escolaridade ($p=0,033$).

Na idade, as diferenças aconteceram na comparação entre os mais idosos e o grupo dos 75-84 anos ($p=0,002$) e também entre o grupo dos 65-74 anos ($p < 0,001$), cujos resultados mais baixos ocorreram em ambas as situações nos mais idosos. Relativamente ao sexo, os homens apresentaram resultados mais desfavoráveis que as

mulheres (78,9% vs 67,1%), enquanto na escolaridade, essa situação pertenceu aos indivíduos sem escolaridade em relação aos mais escolarizados ($p=0,011$).

Na atividade executar as tarefas da lida da casa, encontrámos 429 (95,1%) indivíduos com incapacidade no momento de admissão na Rede, não tendo sido observadas diferenças significativas entre os grupos de interesse.

Por seu lado, na altura da alta, os idosos a manifestar dificuldades nesta tarefa foram 344 (76,3%), detetando-se diferenças significativas na idade; na análise entre os três grupos, os mais velhos apresentaram níveis superiores de incapacidade, face aos mais novos ($p=0,001$ nas três comparações).

Quando analisámos os resultados referentes à atividade lavar/tratar da roupa e para a avaliação inicial, encontrámos 427 (94,7%) indivíduos com dificuldades no seu desempenho, bem como diferenças significativas na escolaridade. Os idosos sem escolaridade apresentavam nível superior de limitação na comparação com os mais escolarizados ($p=0,024$), tal como aqueles com escolaridade ≤ 4 anos ($p=0,004$).

Na alta os resultados foram mais positivos, sendo que o número de indivíduos em condição desfavorável nesta atividade desceu para 343 (76,1%). Encontrámos diferenças significativas na idade ($p=0,001$) e na escolaridade ($p=0,014$). Relativamente à idade, os indivíduos com 85 ou mais anos, apresentaram maior incapacidade que os dois grupos etários mais novos ($p=0,001$ para ambos os grupos). Na escolaridade, as diferenças foram observadas entre os não escolarizados e os que possuíam escolaridade > 4 anos ($p=0,006$) e também entre os de escolaridade ≤ 4 anos e os mais escolarizados ($p=0,047$).

Na Tabela 83 apresentamos a distribuição da amostra relativamente as variáveis pertencentes à vida doméstica, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total.

Tabela 83 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis da vida doméstica, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Fazer Compras											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Faz	40 (63,5)	41 (71,9)	99 (68,3)	39 (55,7)	49 (68,1)	32 (72,7)	300 (66,5)	0,622	0,653	0,105	0,307
Dependente de Outros	21 (33,3)	13 (22,8)	44 (30,3)	29 (41,4)	21 (29,2)	11 (25,0)	139 (30,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	2 (3,2)	1 (1,8)	0 (0)	1 (1,4)	2 (2,8)	1 (2,3)	7 (1,6)				
Independente	0 (0)	2 (3,5)	2 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	0 (0)	5 (1,1)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	19 (30,2)	20 (35,1)	46 (31,7)	26 (37,1)	34 (47,2)	23 (52,3)	168 (37,3)	<0,001	0,371	0,226	0,023
Dependente de Outros	20 (31,7)	18 (31,6)	60 (41,4)	27 (38,6)	30 (41,7)	17 (38,6)	172 (38,1)				
Meios/Ajuda Ocasional	16 (25,4)	12 (21,1)	32 (22,1)	12 (17,1)	5 (6,9)	4 (9,1)	81 (18,0)				
Independente	8 (12,7)	7 (12,3)	7 (4,8)	5 (7,1)	3 (4,2)	0 (0)	30 (6,7)				
Preparar Refeições											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Faz	39 (61,9)	40 (70,2)	92 (63,4)	42 (60,0)	51 (70,8)	31 (70,5)	295 (65,4)	0,268	0,671	0,182	0,016
Dependente de Outros	19 (30,2)	16 (28,1)	44 (30,3)	25 (35,7)	19 (26,4)	12 (27,3)	135 (29,9)				
Meios/Ajuda Ocasional	3 (4,8)	0 (0)	7 (4,8)	2 (2,9)	1 (1,4)	1 (2,3)	14 (3,1)				
Independente	2 (3,2)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	7 (1,6)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	18 (28,6)	20 (35,1)	48 (33,1)	26 (37,1)	32 (44,4)	22 (50,0)	166 (36,8)	0,001	0,023	0,377	0,033
Dependente de Outros	19 (30,2)	20 (35,1)	43 (29,7)	30 (42,9)	28 (38,9)	17 (38,6)	157 (34,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	12 (19,0)	11 (19,3)	33 (22,8)	12 (17,1)	8 (11,1)	4 (9,1)	80 (17,7)				
Independente	14 (22,2)	6 (10,5)	21 (14,5)	2 (2,9)	4 (5,6)	1 (2,3)	48 (10,6)				
Tarefas da Lida da Casa											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Faz	43 (68,3)	42 (73,7)	91 (62,8)	43 (61,4)	51 (70,8)	31 (70,5)	301 (66,7)	0,129	0,618	0,076	0,098
Dependente de Outros	16 (25,4)	14 (24,6)	44 (30,3)	23 (32,9)	19 (26,4)	12 (27,3)	128 (28,4)				
Meios/ Ajuda Ocasional	3 (4,8)	0 (0)	6 (4,1)	1 (1,4)	2 (2,8)	0 (0)	12 (2,7)				
Independente	1 (1,6)	1 (1,8)	4 (2,8)	3 (4,3)	0 (0)	1 (2,3)	10 (2,2)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	22 (34,9)	23 (40,4)	53 (36,6)	29 (41,4)	37 (51,4)	23 (52,3)	187 (41,5)	0,001	0,093	0,245	0,148
Dependente de Outros	17 (27,0)	21 (36,8)	47 (32,4)	27 (38,6)	27 (37,5)	18 (40,9)	157 (34,8)				
Meios/ Ajuda Ocasional	13 (20,6)	8 (14,0)	32 (22,1)	10 (14,3)	5 (6,9)	2 (4,5)	70 (15,5)				
Independente	11 (17,5)	5 (8,8)	13 (9,0)	4 (5,7)	3 (4,2)	1 (2,3)	37 (8,2)				
Lavar/Tratar da Roupa											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Faz	42 (66,7)	41 (71,9)	91 (62,8)	42 (60,0)	51 (70,8)	31 (70,5)	298 (66,1)	0,168	0,746	0,119	0,017
Dependente de Outros	15 (23,8)	15 (26,3)	45 (31,0)	23 (32,9)	19 (26,4)	12 (27,3)	129 (28,6)				
Meios/ Ajuda Ocasional	4 (6,3)	0 (0)	9 (6,2)	3 (4,3)	1 (1,4)	1 (2,3)	18 (4,0)				
Independente	2 (3,2)	1 (1,8)	0 (0)	2 (2,9)	1 (1,4)	0 (0)	6 (1,3)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	22 (34,9)	23 (40,4)	56 (38,6)	28 (40,0)	36 (50,0)	22 (50,0)	187 (41,5)	0,001	0,086	0,331	0,014
Dependente de Outros	15 (23,8)	22 (38,6)	43 (29,7)	28 (40,0)	28 (38,9)	20 (45,5)	156 (34,6)				
Meios/ Ajuda Ocasional	16 (25,4)	7 (12,3)	35 (24,1)	13 (18,6)	5 (6,9)	2 (4,5)	78 (17,3)				
Independente	10 (15,9)	5 (8,8)	11 (7,6)	1 (1,4)	3 (4,2)	0 (0)	30 (6,7)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Fizemos a análise comparativa dos resultados das quatro atividades relacionadas com a vida doméstica, entre o momento da admissão e da alta, cujos resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas em todas elas, com níveis superiores de funcionalidade na última avaliação: Z=-11,760, p <0,001 (compras), Z=-11,956, p

<0,001 (refeições), $Z=-11,105$, $p < 0,001$ (lida da casa), $Z=-10,116$, $p < 0,001$ (tratar da roupa) (Anexo 12 – Tabela 18).

Na Tabela 84 apresentamos a estatística descritiva do *score* da vida doméstica na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse.

Podemos observar que no momento da admissão o limite mínimo foi de 0,00 em todos os grupos etários e o valor máximo variou entre 1,50 (homens com idade ≥ 85 anos) e 3,00.

A média deste *score* na admissão para a amostra total foi de $0,40 \pm 0,57$, com valores que variaram de $0,32 \pm 0,48$ (homens mais velhos) a $0,48 \pm 0,62$ (homens com idade entre 75-84 anos). Observámos diferenças significativas na escolaridade; os idosos sem escolaridade apresentaram médias inferiores quando comparados com o grupo mais escolarizado ($p=0,002$) da mesma forma que os menos escolarizados face aos mais escolarizados ($p < 0,001$).

No momento da alta o limite mínimo foi de 0,00 e o limite máximo foi de 3,00 em todos os grupos, com exceção para os homens mais velhos, onde foi de 2,00.

A média deste *score* no momento da alta para a amostra total foi de $0,94 \pm 0,88$, sendo que a análise por grupo etário e sexo, mostra uma variação entre $0,58 \pm 0,60$ (homens mais velhos) e $1,25 \pm 1,03$ (mulheres mais novas).

A análise comparativa entre os grupos de interesse revelou diferenças estatisticamente significativas no *score* inicial relativamente à escolaridade ($p=0,008$) e no *score* final, na idade ($p < 0,001$) e novamente na escolaridade ($p=0,008$). Na avaliação inicial, as diferenças na escolaridade foram observadas entre o grupo sem escolaridade e os mais escolarizados ($p=0,019$) e também entre os escolarizados ($p=0,009$), cujo *score* mais baixo pertenceu ao conjunto com escolaridade ≤ 4 anos. Na última avaliação e no que diz respeito à idade, os mais velhos apresentaram resultado inferior na comparação com os mais novos ($p=0,002$; $p < 0,001$). Na escolaridade, as diferenças só aconteceram entre os idosos sem escolaridade e os mais escolarizados ($p=0,009$).

Tabela 84 -Estatística descritiva referente ao *score* da Vida Doméstica na admissão e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos							
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾				
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44									
Score Vida Doméstica Admissão														
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					0,217	0,537	0,071	0,008
máx	2,25	3,00	2,50	3,00	2,50	1,50								
m	0,44	0,33	0,42	0,48	0,33	0,32	0,40							
mediana	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00							
dp	0,61	0,56	0,58	0,62	0,55	0,48	0,57							
Score Vida Doméstica Alta														
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,136	0,132	0,008				
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00					3,00			
m	1,25	0,99	1,06	0,86	0,69	0,58					0,94			
mediana	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	0,58					1,00			
dp	1,03	0,92	0,90	0,80	0,78	0,60					0,88			

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise da diferença de médias entre a admissão e a alta do *score* da vida doméstica teve uma diferença estatisticamente significativa, com uma média superior na alta: $t_{449}=-14,364$, $p < 0,001$ (Anexo 12 – Tabela 19).

Atividades/Participação - Áreas Principais da Vida

Neste capítulo foi avaliada a variável gerir o seu dinheiro. Na admissão encontrámos 291 (64,6%) indivíduos que eram incapazes de sozinhos realizarem esta tarefa. As diferenças entre os grupos de interesse aconteceram na idade ($p=0,026$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Na idade, essas diferenças foram observadas entre os mais idosos e os do grupo dos 75-84 anos ($p=0,044$) e também entre aqueles e os do grupo dos 65-74 anos ($p=0,009$). Na escolaridade, as diferenças ocorreram entre os três grupos (sem escolaridade vs escolaridade ≤ 4 anos, $p=0,001$; sem escolaridade vs escolaridade > 4 anos, $p < 0,001$; escolaridade ≤ 4 anos vs escolaridade > 4 anos, $p < 0,010$).

No momento da alta já só encontrámos 224 (49,7%) indivíduos incapazes de gerir o seu dinheiro de forma autónoma ou independente. As diferenças significativas entre os grupos de interesse voltaram a acontecer na idade ($p < 0,001$) e na escolaridade ($p < 0,001$). Na idade elas ocorreram entre o grupo com idade ≥ 85 anos e o grupo dos 75-84 anos ($p=0,002$), bem como o grupo dos mais novos ($p < 0,001$). Na escolaridade, as

diferenças manifestaram-se entre os três grupos; grupo sem escolaridade vs escolaridade ≤ 4 anos, $p < 0,001$; grupo sem escolaridade vs escolaridade > 4 anos, $p < 0,001$; grupo de escolaridade ≤ 4 anos vs escolaridade > 4 anos, $p = 0,002$).

Na Tabela 85, são apresentados os resultados referentes à distribuição da amostra para a variável gerir o seu dinheiro, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total.

Tabela 85 – Distribuição da amostra relativamente à variável gerir o seu dinheiro, na admissão e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Gerir o seu Dinheiro											
Admissão n (%)											
Incapaz/Não Faz	16 (25,4)	17 (29,8)	34 (23,4)	20 (28,6)	26 (36,1)	10 (22,7)	123 (27,3)	0,026	0,319	0,583	<0,001
Dependente de Outros	13 (20,6)	21 (36,8)	56 (38,6)	29 (41,4)	29 (40,3)	20 (45,5)	168 (37,3)				
Meios/Ajuda Ocasional	12 (19,0)	7 (12,3)	23 (15,9)	11 (15,7)	13 (18,1)	9 (20,5)	75 (16,6)				
Independente	22 (34,9)	12 (21,1)	32 (22,1)	10 (14,3)	4 (5,6)	5 (11,4)	85 (18,8)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	7 (11,1)	7 (12,3)	16 (11,0)	8 (11,4)	12 (16,7)	8 (18,2)	58 (12,9)	<0,001	0,154	0,721	<0,001
Dependente de Outros	14 (22,2)	20 (35,1)	50 (34,5)	30 (42,9)	33 (45,8)	19 (43,2)	166 (36,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	14 (22,2)	9 (15,8)	30 (20,7)	16 (22,9)	17 (23,6)	12 (27,3)	98 (21,7)				
Independente	28 (44,4)	21 (36,8)	49 (33,8)	16 (22,9)	10 (13,9)	5 (11,4)	129 (28,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa entre os resultados iniciais e finais da atividade gerir o seu dinheiro, revelou diferenças estatisticamente significativas: $Z = -8,934$, $p < 0,001$, com melhores resultados para a avaliação final (Anexo 12 – Tabela 20).

Motivo e Local da Alta

O motivo que levou a maior parte dos indivíduos [443 (98,2%)] a ter alta, deveu-se à cessação dos cuidados, tendo só existido 8 (1,8%) indivíduos que tiveram alta a pedido. O local após a alta para onde foram transferidos ou alocados, distribuiu-se conforme a Tabela 86. Verifica-se que a percentagem mais elevada (36,4%) ocorreu na transferência para uma instituição e que o número de indivíduos que voltou para a sua residência ou para a residência de familiares foi idêntica (respetivamente 30,8% e 29,0%).

Tabela 86 – Distribuição da amostra relativamente ao local da alta por sexo, faixa etária e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451
	M n=63	H n=57	M n=145	H n=70	M n=72	H n=44	M=280 H=171
Instituição	24 (38,1)	20 (35,1)	46 (31,7)	28 (40,0)	20 (27,8)	26 (59,1)	164 (36,4)
Residência	21 (33,3)	19 (33,3)	47 (32,4)	26 (37,1)	18 (25,0)	8 (18,2)	139 (30,8)
Residência Familiares/Cuidadores	14 (22,2)	17 (29,8)	19 (33,8)	13 (18,6)	31 (43,1)	7 (15,9)	131 (29,0)
Residência com Apoio Domiciliário	4 (6,3)	1 (1,8)	3 (2,1)	3 (4,3)	3 (4,2)	3 (6,8)	17 (3,8)

H: Homens; M: Mulheres; HM: Homens e Mulheres

b) Evolução da Funcionalidade Face à Pré-Morbilidade

***Resumo.** Aqui serão apresentados os resultados da funcionalidade que os indivíduos conseguiram adquirir no momento da alta face ao estado pré-morbilidade, nas funções de Continência e nas atividades respeitantes à Mobilidade, Auto Cuidados, Comunicação, Vida Doméstica e Áreas Principais da Vida.*

Apesar de termos assistido a melhorias significativas da funcionalidade conforme previamente apresentado, a funcionalidade no momento da alta mostrou ser significativamente inferior àquela que os indivíduos possuíam no estado pré-morbilidade ($p < 0,001$), em todas as variáveis e domínios avaliados. Percentualmente a maior perda de situações favoráveis (outcome ≥ 2) observou-se nos domínios da Mobilidade e da Vida Doméstica, contrariamente ao que verificámos nas funções da Continência.

Foram calculados os modelos de regressão logística multivariável para os outcomes da funcionalidade alcançada nos domínios Queixas de Saúde, Funções Mentais, Funções Emocionais, Continência, Mobilidade, Auto Cuidados, Comunicação, Vida Doméstica e Áreas Principais da Vida.

Os valores de ajustamento dos modelos pelo teste de Hosmer & Lemeshow, variaram entre 0,139 (Autocuidados) e 0,927 (Comunicação). O número de variáveis explicativas que integraram os diferentes modelos variou entre 4 (Continência) e 8 (Queixas de Saúde), sendo que aquelas que mais vezes estiveram representadas foram as Funções Mentais e a Perceção do Estado de Saúde Física, ambas no momento da alta.

Os Fatores Pessoais – Idade, Sexo, Estado Civil e Escolaridade – tiveram uma contribuição pequena nos modelos; a Idade só contribuiu para explicar o outcome das Funções Mentais e da Vida Doméstica, o Sexo e a Escolaridade só participaram no modelo da Comunicação. O Estado Civil tal como a Condição de Saúde (diagnóstico) não contribuíram para qualquer modelo.

Apresentaremos a distribuição das frequências de cada variável nos dois momentos de avaliação (apesar de já terem sido apresentados anteriormente), no sentido de facilitar a leitura sobre a funcionalidade alcançada. Contudo, não analisaremos as diferenças encontradas nos grupos de interesse, pois esses dados já foram previamente apresentados.

Funções do Corpo – Continência Urinária

As frequências da variável continência urinária relativas ao estado pré-morbilidade e ao momento da alta são apresentadas na Tabela 87.

Podemos observar que o número de indivíduos com deficiência nesta função no estado pré-morbilidade era de 31 (6,9%) e que na altura da alta passou para 47 (10,4%) indivíduos.

Tabela 87 - Distribuição da amostra relativamente à continência urinária, no estado pré-morbilidade e no momento da alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Controlo da Urina											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Controla	0 (0)	2 (3,5)	7 (4,8)	1 (1,4)	4 (5,6)	4 (9,1)	18 (4,0)	0,001	0,021	0,297	0,017
Dependente de Outros	2 (3,2)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	5 (6,9)	2 (4,5)	13 (2,9)				
Meios/Inc Esporádica ³⁾	13 (20,6)	9 (15,8)	49 (33,8)	14 (20,0)	25 (34,7)	12 (27,3)	122 (27,1)				
Independente	48 (76,2)	45 (78,9)	87 (60,0)	54 (77,1)	38 (52,8)	26 (59,1)	298 (66,1)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Controla	1 (1,6)	5 (8,8)	12 (8,3)	3 (4,3)	7 (9,7)	3 (6,8)	31 (6,9)	0,002	0,401	0,821	0,083
Dependente de Outros	2 (3,2)	0 (0)	5 (3,4)	3 (4,3)	3 (4,2)	3 (6,8)	16 (3,5)				
Meios/Inc Esporádica ³⁾	16 (25,4)	22 (38,6)	64 (44,1)	19 (27,1)	33 (45,8)	22 (50,0)	176 (39,0)				
Independente	44 (69,8)	30 (52,6)	64 (44,1)	45 (64,3)	29 (40,3)	16 (36,4)	228 (50,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Incontinência Urinária

Observámos diferenças significativas nos resultados do estado pré-morbilidade e da alta relativamente à continência urinária; $Z=-5,979$, $p < 0,001$, cujos resultados mais negativos se observaram nesta última (Anexo 12 – Tabela 21).

Funções do Corpo – Continência Fecal

As frequências da variável continência fecal relativas ao estado pré-morbilidade e ao momento da alta são apresentadas na Tabela 88.

Podemos observar que o número de indivíduos com deficiência nesta função no estado pré-morbilidade era de 32 (7,1%) e que na altura da alta passou para 48 (10,7%) indivíduos.

Tabela 88 - Distribuição da amostra relativamente à continência fecal, no estado pré-morbilidade e no momento da alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Controlo das Fezes											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Controla	2 (3,2)	1 (1,8)	5 (3,4)	1 (1,4)	5 (6,9)	4 (9,1)	18 (4,0)	<0,001	0,059	0,223	<0,001
Dependente de Outros	1 (1,6)	2 (3,5)	4 (2,8)	0 (0)	5 (6,9)	2 (4,5)	14 (3,1)				
Meios/Inc Esporádica ³⁾	7 (11,1)	5 (8,8)	32 (22,1)	11 (15,8)	21 (39,2)	10 (22,7)	86 (19,1)				
Independente	53 (84,1)	49 (86,0)	104 (71,7)	58 (82,9)	41 (56,9)	28 (63,6)	333 (73,8)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Controla	3 (4,8)	4 (7,0)	10 (6,9)	3 (4,3)	7 (9,7)	3 (6,8)	30 (6,7)	0,005	0,741	0,660	0,176
Dependente de Outros	2 (3,2)	1 (1,8)	7 (4,8)	3 (4,3)	2 (2,8)	3 (6,8)	18 (4,0)				
Meios/Inc Esporádica ³⁾	12 (19,0)	19 (33,3)	45 (31,0)	18 (25,7)	28 (38,9)	21 (47,7)	143 (31,7)				
Independente	46 (73,0)	33 (57,9)	83 (57,2)	46 (65,7)	35 (48,6)	17 (38,6)	206 (57,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade; 3) Incontinência Esporádica

Observámos diferenças significativas nos resultados do estado pré-morbilidade e a alta relativamente à continência fecal; $Z=-5,983$, $p < 0,001$, cujos resultados mais negativos se observaram na altura da alta (Anexo 12 – Tabela 22).

A estatística descritiva referente ao *score* da continência na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse, apresenta-se na Tabela 89.

Na pré-morbilidade e para a amostra total, o limite inferior foi de 0,00, enquanto o superior foi de 3,00. A média nesta altura foi $2,59 \pm 0,71$. Na avaliação final, os limites

inferior e superior mantiveram-se e o valor médio baixou para $2,37 \pm 0,82$ para a amostra total.

Tabela 89 -Estatística descritiva referente ao score da continência na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos							
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾				
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44									
Score Domínio Continência Pré-morbilidade														
min	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					<0,001	0,095	0,382	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00								
m	2,75	2,75	2,56	2,76	2,35	2,39	2,59							
mediana	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00							
dp	0,48	0,62	0,70	0,51	0,84	0,94	0,71							
Score Domínio Continência Alta														
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,014	0,719	0,793	0,239				
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00					3,00			
m	2,62	2,39	2,31	2,52	2,22	2,17					2,37			
mediana	3,00	3,00	2,50	3,00	2,00	2,00					2,50			
dp	0,63	0,85	0,85	0,77	0,90	0,84					0,82			

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A diferença de médias entre a pré-morbilidade e a alta do score da continência teve uma diferença estatisticamente significativa $t_{450}=6,471$, $p < 0,001$, cuja média mais baixa ocorreu no momento da alta (Anexo 12 – Tabela 23).

Atividades/Participação – Mobilidade

Na pré-morbilidade e relativamente à variável andar em casa, podemos observar que o número de indivíduos com limitação nesta atividade era de 44 (9,7%) e que na altura da alta aumentou para 128 (28,4%) indivíduos.

Na atividade andar na rua, inicialmente eram 80 (17,7%) os indivíduos que não tinham capacidade para executar esta atividade de forma autónoma ou independente, passando esse número para 193 (42,8%) na altura da alta.

Quanto à atividade andar em escadas, 111 (24,6%) idosos eram dependentes, enquanto na alta esse número passou para 252 (55,9%).

Na tabela 90 apresentamos os resultados relativos à mobilidade, no estado pré-morbilidade e no momento da alta, por grupo etário, sexo e total.

Tabela 90 - Distribuição da amostra relativamente a andar em casa, na rua e em escadas na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451		Efeitos			
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
Andar em Casa											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Anda	0 (0)	2 (3,5)	3 (2,1)	2 (2,9)	2 (2,8)	1 (2,3)	10 (2,2)	0,001	0,050	0,463	<0,001
Dependente de Outros	4 (6,3)	2 (3,5)	13 (9,0)	6 (8,6)	8 (11,1)	1 (2,3)	34 (7,5)				
Meios de Auxílio	17 (27,0)	8 (14,0)	41 (28,3)	21 (30,0)	34 (47,2)	15 (34,1)	136 (30,2)				
Independente	42 (66,7)	45 (78,9)	88 (60,7)	41 (58,6)	28 (38,9)	27 (61,4)	271 (60,1)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Anda	4 (6,3)	6 (10,5)	14 (9,7)	8 (11,4)	6 (8,3)	3 (6,8)	41 (9,1)	0,189	0,464	0,980	0,184
Dependente de Outros	11 (17,5)	7 (12,3)	29 (20,0)	13 (18,6)	17 (23,6)	10 (22,7)	87 (19,3)				
Meios de Auxílio	34 (54,0)	29 (50,9)	76 (52,4)	33 (47,1)	39 (54,2)	24 (54,5)	235 (52,1)				
Independente	14 (22,2)	15 (26,3)	26 (17,9)	16 (22,9)	10 (13,9)	7 (15,9)	88 (19,5)				
Andar na Rua											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Sai	2 (3,2)	4 (7,0)	11 (7,6)	2 (2,9)	10 (13,9)	4 (9,1)	33 (7,3)	<0,001	0,023	0,174	0,003
Dependente de Outros	6 (9,5)	3 (5,3)	18 (12,4)	7 (10,0)	11 (15,3)	2 (4,5)	47 (10,4)				
Meios de Auxílio	17 (27,0)	7 (12,3)	45 (31,0)	27 (38,6)	25 (34,7)	16 (36,4)	137 (30,4)				
Independente	38 (60,3)	43 (75,4)	71 (49,0)	34 (48,6)	26 (36,1)	22 (50,0)	234 (51,9)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Sai	9 (14,3)	12 (21,1)	26 (17,9)	14 (20,0)	15 (20,8)	11 (25,0)	87 (19,3)	0,024	0,124	0,549	0,726
Dependente de Outros	19 (30,2)	7 (12,3)	31 (21,4)	13 (18,6)	26 (36,1)	10 (22,7)	106 (23,5)				
Meios de Auxílio	27 (42,9)	24 (42,1)	73 (50,3)	28 (40,0)	27 (37,5)	18 (40,9)	197 (43,7)				
Independente	8 (12,7)	14 (24,6)	15 (10,3)	15 (21,4)	4 (5,6)	5 (11,4)	61 (13,5)				
Andar em Escadas											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Usa	8 (12,7)	6 (10,5)	14 (9,7)	7 (10,0)	14 (19,4)	7 (15,9)	56 (12,4)	<0,001	0,027	0,372	0,001
Dependente de Outros	7 (11,1)	2 (3,5)	18 (12,4)	7 (10,0)	16 (22,2)	5 (11,4)	55 (12,2)				
Meios de Auxílio	10 (15,9)	7 (12,3)	43 (29,7)	21 (30,0)	19 (26,4)	10 (22,7)	110 (24,4)				
Independente	38 (60,3)	42 (73,7)	70 (48,3)	35 (50,0)	23 (31,9)	22 (50,0)	230 (51,0)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Sai	17 (27,0)	16 (28,1)	38 (26,2)	20 (28,6)	24 (33,3)	15 (34,1)	130 (28,8)	0,039	0,337	0,303	0,584
Dependente de Outros	18 (28,6)	11 (19,3)	39 (26,9)	17 (24,3)	26 (36,1)	11 (25,0)	122 (27,1)				
Meios de Auxílio	19 (30,2)	19 (33,3)	56 (38,6)	21 (30,0)	19 (26,4)	15 (34,1)	149 (33,0)				
Independente	9 (14,3)	11 (19,3)	12 (8,3)	12 (17,1)	3 (4,2)	3 (6,8)	50 (11,1)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa dos resultados nas atividades andar em casa, na rua e em escadas, entre a pré-morbilidade e a alta revelou diferenças estatisticamente significativas nas três variáveis avaliadas $Z=-12,082$, $p < 0,001$ (andar em casa); $Z=-11,879$, $p < 0,001$ (andar na rua); $Z=-12,356$, $p < 0,001$ (andar em escadas). Os resultados mais baixos e para todas as variáveis ocorreram no momento da alta (Anexo 12 – Tabela 24).

Na Tabela 91 apresentamos a distribuição da amostra relativamente às atividades de mudar e manter a posição do corpo na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário,

sexo e total. Quanto à atividade deitar-se/levantar-se da cama, encontramos 72 (15,9%) indivíduos dependentes na avaliação da pré-morbilidade e 173 (38,3%) na altura da alta. Na atividade sentar-se/levantar-se de cadeiras, esses números foram respetivamente 64 (14,2%) e 141 (31,3%).

Tabela 91 - Distribuição da amostra relativamente às atividades deitar/levantar da cama e sentar/levantar de cadeira na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Deitar/Levantar Cama											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não se Levanta	0 (0)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,8)	0 (0)	6 (1,3)	0,001	0,296	0,401	<0,001
Dependente de Outros	7 (11,1)	3 (5,3)	19 (13,1)	13 (18,6)	17 (23,6)	7 (15,9)	66 (14,6)				
Meios de Auxílio	9 (14,3)	7 (12,3)	27 (18,6)	10 (14,3)	16 (22,2)	10 (22,7)	79 (17,5)				
Independente	47 (74,6)	46 (80,7)	97 (66,9)	46 (65,7)	37 (51,4)	27 (61,4)	300 (66,5)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não se Levanta	1 (1,6)	3 (5,3)	10 (6,9)	3 (4,3)	1 (1,4)	1 (2,3)	19 (4,2)	0,001	0,345	0,365	0,163
Dependente de Outros	16 (25,4)	15 (26,3)	52 (35,9)	20 (28,6)	35 (48,6)	16 (36,4)	154 (34,1)				
Meios de Auxílio	13 (20,6)	11 (19,3)	28 (19,3)	17 (24,3)	18 (25,0)	18 (40,9)	105 (23,3)				
Independente	33 (52,4)	28 (49,1)	55 (37,9)	30 (42,9)	18 (25,0)	9 (20,5)	173 (38,4)				
Sentar/Levantar Cadeira											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não se Levanta	0 (0)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,8)	0 (0)	6 (1,3)	<0,001	0,192	0,366	<0,001
Dependente de Outros	7 (11,1)	3 (5,3)	17 (11,7)	11 (15,7)	14 (19,4)	6 (13,6)	58 (12,9)				
Meios de Auxílio	9 (14,3)	4 (7,0)	27 (18,6)	10 (14,3)	18 (25,0)	12 (27,3)	80 (17,7)				
Independente	47 (74,6)	49 (86,0)	99 (68,3)	48 (68,6)	38 (52,8)	26 (59,1)	307 (68,1)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não se Levanta	2 (3,2)	3 (5,3)	9 (6,2)	3 (4,3)	1 (1,4)	1 (2,3)	19 (4,2)	0,022	0,648	0,801	0,055
Dependente de Outros	14 (22,2)	14 (24,6)	38 (26,2)	18 (25,7)	25 (34,7)	13 (29,5)	122 (27,1)				
Meios de Auxílio	15 (23,8)	10 (17,3)	37 (25,5)	18 (25,7)	26 (36,1)	18 (40,9)	124 (27,5)				
Independente	32 (50,8)	30 (52,6)	61 (42,1)	31 (44,3)	20 (27,8)	12 (27,3)	186 (41,2)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa dos resultados nas atividades deitar/levantar da cama e sentar/levantar de cadeira, entre a pré-morbilidade e o momento da alta revelou diferenças estatisticamente significativas $Z=-9,720$, $p < 0,001$ e $Z=-8,851$, $p < 0,001$ respetivamente, onde os resultados mais baixos se verificaram na alta (Anexo 12 – Tabela 25).

Na Tabela 92 apresentamos a distribuição da amostra relativamente à atividade usar transportes na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total. Observamos que na pré-morbilidade 218 (48,9%) idosos eram dependentes nesta tarefa e que na última avaliação esse resultado passou para 353 (78,3%).

Tabela 92 – Distribuição da amostra relativamente à atividade usar transportes na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E C ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Usar Transporte											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Usa	9 (14,3)	5 (8,8)	18 (12,4)	11 (15,7)	16 (22,2)	9 (20,5)	68 (15,1)	<0,001	0,018	0,004	<0,001
Dependente de Outros	13 (20,6)	6 (10,5)	60 (41,4)	22 (31,4)	34 (47,2)	15 (34,1)	150 (33,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	7 (11,1)	7 (12,3)	13 (9,0)	10 (14,3)	7 (9,7)	3 (6,8)	47 (10,4)				
Independente	34 (54,0)	39 (68,4)	54 (37,2)	27 (38,6)	15 (20,8)	17 (38,6)	186 (41,2)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Usa	16 (25,4)	19 (33,3)	50 (34,5)	20 (28,6)	27 (37,5)	19 (43,2)	151 (33,5)	0,001	0,734	0,444	0,002
Dependente de Outros	24 (38,1)	16 (28,1)	70 (48,3)	34 (48,6)	36 (50,0)	22 (50,0)	202 (44,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	14 (22,2)	14 (24,6)	18 (12,4)	12 (17,1)	6 (8,3)	2 (4,5)	66 (14,6)				
Independente	9 (14,3)	8 (14,0)	7 (4,8)	4 (5,7)	3 (4,2)	1 (2,3)	32 (7,1)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa dos resultados na atividade usar transportes, entre a pré-morbilidade e a alta revelou diferenças estatisticamente significativas $Z=-12,315$, $p < 0,001$, cujos valores mais baixos aconteceram no momento da alta (Anexo 12 – Tabela 26).

A estatística descritiva referente ao *score* do domínio da mobilidade na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse, apresenta-se na Tabela 93.

Na pré-morbilidade e para a amostra total, o limite inferior foi de 0,00, enquanto o superior foi de 3,00, sendo a média nesta altura de $2,28 \pm 0,79$. Na avaliação final, o limite inferior situou-se em 0,00 e o superior em 3,00, enquanto a média atingiu o valor de $1,60 \pm 0,80$ para a amostra total.

Tabela 93 -Estatística descritiva referente ao score do domínio da mobilidade na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Score Domínio Mobilidade Pré-morbilidade											
min	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00	<0,001	0,364	0,219	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,43	2,61	2,27	2,28	1,94	2,24	2,28				
mediana	2,83	3,00	2,50	2,50	2,00	2,17	2,50				
dp	0,73	0,72	0,77	0,78	0,84	0,74	0,79				
Score Domínio Mobilidade Alta											
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,007	0,353	0,854	0,098
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,83	3,00				
m	1,75	1,76	1,57	1,66	1,41	1,45	1,60				
mediana	1,83	2,00	1,67	1,67	1,33	1,50	1,67				
dp	0,80	0,90	0,79	0,84	0,71	0,71	0,80				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A diferença de médias entre a pré-morbilidade e a alta do *score* da mobilidade teve uma diferença estatisticamente significativa $t_{450}=16,656$, $p < 0,001$, cuja média mais baixa ocorreu no momento da alta (Anexo 12 – Tabela 27).

Atividades/Participação – Auto Cuidados

Na tabela 94 apresentamos a distribuição das frequências relativas às variáveis que compõem o capítulo dos auto cuidados, nos momentos pré-morbilidade e alta.

Relativamente ao banho, na pré-morbilidade eram 128 (28,4%) os indivíduos que eram incapazes de executar de forma autónoma ou independente essa tarefa, sendo que na alta, esse número subiu para 232 (51,4%).

Na atividade vestir/despir, 91 (20,2%) indivíduos não conseguiam realizar esta tarefa no estado pré-morbilidade e na altura da alta estavam nessa condição 180 (39,9%) idosos.

Na utilização da sanita, não conseguiam realizar esta ação 76 (16,8%) indivíduos na avaliação da pré-morbilidade, número que se alterou para 158 (35,0%) na alta.

Na pré-morbilidade, foram 39 (8,7%) os indivíduos que não conseguiam alimentar-se /comer sozinhos; na alta esse número subiu para 68 (15,1%).

Na atividade tomar os seus medicamentos, encontrámos na avaliação inicial 105 (23,3%) indivíduos que não executavam esta tarefa de forma independente ou autónoma, alterando-se esse valor para 204 (45,2%) na última avaliação.

Tabela 94 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis do auto cuidado na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Lavar-se/Tomar Banho											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não se Lava	0 (0)	1 (1,8)	2 (1,4)	1 (1,4)	2 (2,8)	2 (4,5)	8 (1,8)	<0,001	0,251	0,187	<0,001
Dependente de Outros	14 (22,2)	6 (10,5)	30 (20,7)	21 (30,0)	36 (50,0)	13 (29,5)	120 (26,6)				
Meios de Auxílio	8 (12,7)	6 (10,5)	22 (15,2)	9 (12,9)	9 (12,5)	6 (13,6)	60 (13,3)				
Independente	41 (65,1)	44 (77,2)	91 (62,8)	39 (55,7)	25 (34,7)	23 (52,3)	263 (58,3)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não se Lava	1 (1,6)	2 (3,5)	8 (5,5)	2 (2,9)	3 (4,2)	3 (6,8)	19 (4,2)	<0,001	0,647	0,878	0,046
Dependente de Outros	23 (36,5)	20 (35,1)	66 (45,5)	35 (50,0)	44 (61,1)	25 (56,8)	213 (47,2)				
Meios de Auxílio	19 (30,2)	15 (26,3)	38 (26,2)	16 (22,9)	17 (23,6)	10 (22,7)	115 (25,5)				
Independente	20 (31,7)	20 (35,1)	33 (22,8)	17 (24,3)	8 (11,1)	6 (13,6)	104 (23,1)				
Vestir-se/Despir-se											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não se Veste	0 (0)	1 (1,8)	4 (2,8)	1 (1,4)	2 (2,8)	0 (0)	8 (1,8)	<0,001	0,169	0,438	<0,001
Dependente de Outros	11 (17,5)	4 (7,0)	21 (14,5)	14 (20,0)	26 (36,1)	7 (15,9)	83 (18,4)				
Meios/Acabamentos	5 (7,9)	5 (8,8)	21 (14,5)	13 (18,6)	14 (19,4)	10 (22,7)	68 (15,1)				
Independente	47 (74,6)	47 (82,5)	99 (68,3)	42 (60,0)	30 (41,7)	27 (61,4)	292 (64,7)				
Alta n(%)											
Incapaz/Não se Veste	1 (1,6)	2 (3,5)	8 (5,5)	2 (2,9)	3 (4,2)	0 (0)	16 (3,5)	0,001	0,572	0,904	0,042
Dependente de Outros	19 (30,2)	15 (26,3)	53 (36,6)	24 (34,3)	32 (44,4)	21 (47,7)	164 (36,4)				
Meios/Acabamentos	15 (23,8)	14 (24,6)	39 (26,9)	26 (37,1)	23 (31,9)	15 (34,1)	132 (29,3)				
Independente	28 (44,4)	26 (45,6)	45 (31,0)	18 (25,7)	14 (19,4)	8 (18,2)	139 (30,8)				
Usar Sanita /Urinol/Bacio											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Usa	1 (1,6)	2 (3,5)	2 (1,4)	1 (1,4)	4 (5,6)	1 (2,3)	11 (2,4)	0,001	0,104	0,395	<0,001
Dependente de Outros	6 (9,5)	4 (7,0)	21 (14,5)	10 (14,3)	18 (25,0)	6 (13,6)	65 (14,4)				
Meios de Auxílio	9 (14,3)	4 (7,0)	22 (15,2)	10 (14,3)	13 (18,1)	8 (18,2)	66 (14,6)				
Independente	47 (74,6)	47 (82,5)	100 (69,0)	49 (70,0)	37 (51,4)	29 (65,9)	309 (68,5)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Usa	2 (3,2)	4 (7,0)	11 (7,6)	4 (5,7)	5 (6,9)	2 (4,5)	28 (6,2)	0,010	0,699	0,945	0,070
Dependente de Outros	17 (27,0)	13 (22,8)	39 (26,9)	19 (27,1)	25 (34,7)	17 (38,6)	130 (28,8)				
Meios de Auxílio	15 (23,8)	12 (21,1)	35 (24,1)	18 (25,7)	24 (33,3)	13 (29,5)	117 (25,9)				
Independente	29 (46,0)	28 (49,1)	60 (41,4)	29 (41,4)	18 (25,0)	12 (27,3)	176 (39,0)				
Comer/alimentar-se											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não se Alimenta	0 (0)	1 (1,8)	1 (0,7)	1 (1,4)	1 (1,4)	0 (0)	4 (0,9)	0,021	0,610	0,710	0,007
Dependente de Outros	3 (4,8)	3 (5,3)	11 (7,6)	5 (7,1)	8 (11,1)	5 (11,4)	35 (7,8)				
Meios de Auxílio	5 (7,9)	1 (1,8)	7 (4,8)	4 (5,7)	9 (12,5)	4 (9,1)	30 (6,7)				
Independente	55 (87,3)	52 (91,2)	126 (86,9)	60 (85,7)	54 (75,0)	35 (79,5)	382 (84,7)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não se Alimenta	0 (0)	1 (1,8)	5 (3,4)	2 (2,9)	0 (0)	0 (0)	8 (1,8)	0,522	0,368	0,750	0,177
Dependente de Outros	6 (9,5)	9 (1,8)	22 (15,2)	6 (8,6)	7 (9,7)	10 22,7)	60 (13,3)				
Meios de Auxílio	7 (11,1)	8 (14,0)	14 (9,7)	12 (17,1)	16 (22,2)	6 (13,6)	63 (14,0)				
Independente	50 (79,4)	39 (68,4)	104 (71,7)	50 (71,4)	49 (68,1)	28 (63,6)	320 (71,0)				
Tomar Seus Medicamentos											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Toma	4 (6,3)	2 (5,5)	8 (5,5)	3 (4,3)	9 (12,5)	4 (9,1)	30 (6,7)	<0,001	0,858	0,072	<0,001
Dependente de Outros	4 (6,3)	8 (14,0)	19 (13,1)	17 (24,3)	18 (25,0)	9 (20,5)	75 (16,6)				
Meios/Ajuda Ocasional	10 (15,9)	7 (12,3)	30 (20,7)	13 (18,6)	23 (31,9)	10 (22,7)	93 (20,6)				
Independente	45 (71,4)	40 (70,2)	88 (60,7)	37 (52,9)	22 (30,6)	21 (47,7)	253 (56,1)				
Alta n (%)											

Incapaz/Não Toma	5 (7,9)	5 (8,8)	14 (9,7)	5 (7,1)	7 (9,7)	6 (13,6)	42 (9,3)	<0,001	0,334	0,136	<0,001
Dependente de Outros	13 (20,6)	21 (36,8)	47 (32,4)	26 (37,1)	37 (51,4)	18 (40,9)	162 (35,9)				
Meios/Ajuda Ocasional	16 (25,4)	13 (22,8)	29 (20,0)	17 (24,3)	21 (29,2)	14 (31,8)	110 (24,4)				
Independente	29 (46,0)	18 (31,6)	55 (37,9)	22 (31,4)	7 (9,7)	6 (13,6)	137 (30,4)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa dos resultados nas cinco atividades relacionadas com os auto cuidados, entre a pré-morbilidade e a alta revelou diferenças estatisticamente significativas, com resultados mais baixos na última avaliação: Z=-10,848, p <0,001 (banho), Z=-10,388 p <0,001 (vestir), Z=-9,677 p <0,001 (sanita), Z=-5,504 p <0,001 (comer), Z=-10,164, p <0,001 (medicamentos) (Anexo 12 – Tabela 28).

A estatística descritiva do *score* dos auto cuidados na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse é apresentada na Tabela 95.

Na pré-morbilidade e para a amostra total, o limite inferior foi de 0,00 e o superior de 3,00, sendo a média de 2,44±0,73. Na alta os limites foram iguais e a média de 1,97±0,76.

Tabela 95 -Estatística descritiva referente ao *score* dos Auto Cuidados na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

	65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos			
	M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾
	n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44					
Score Auto Cuidados Pré-morbilidade											
min	0,80	0,40	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	<0,001	0,184	0,659	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,59	2,67	2,51	2,42	2,07	2,37	2,44				
mediana	3,00	3,00	3,00	2,60	2,10	2,70	2,80				
dp	0,62	0,64	0,71	0,71	0,80	0,72	0,73				
Score Auto Cuidados Alta											
min	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,001	0,321	0,764	0,004
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00				
m	2,19	2,09	1,97	1,99	1,76	1,76	1,97				
mediana	2,40	2,20	2,20	2,00	1,80	1,70	2,00				
dp	0,71	0,79	0,83	0,74	0,83	0,74	0,76				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A diferença de médias entre a pré-morbilidade e a alta no *score* dos Auto Cuidados teve uma diferença estatisticamente significativa $t_{450}=13,648$, $p < 0,001$ e cuja média mais baixa ocorreu no momento da alta (Anexo 12 – Tabela 29).

Atividades/Participação – Comunicação

Na avaliação referente à pré-morbilidade, foram 117 (25,9%), os indivíduos que referiram ter incapacidade para usar o telefone, enquanto na alta esse número subiu para 177 (39,3%).

Os resultados das frequências na atividade usar telefone na pré-morbilidade e na alta são apresentados na Tabela 96.

Tabela 96 - Distribuição da amostra relativamente à atividade usar telefone na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Usar o Telefone											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Usa	5 (7,9)	4 (7,0)	17 (11,7)	14 (20,0)	19 (26,4)	10 (22,7)	69 (15,3)	<0,001	0,218	0,013	<0,001
Dependente de Outros	1 (1,6)	3 (5,3)	11 (7,6)	13 (18,6)	12 (16,7)	8 (18,2)	48 (10,6)				
Meios de Auxílio	5 (7,9)	7 (12,3)	16 (11,0)	4 (5,7)	7 (9,7)	3 (6,8)	42 (9,3)				
Independente	52 (82,5)	43 (75,4)	101 (69,7)	39 (55,7)	34 (47,2)	23 (52,3)	292 (64,7)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Usa	7 (11,1)	11 (19,3)	32 (22,1)	20 (28,6)	19 (26,4)	16 (36,4)	105 (23,3)	<0,001	0,033	0,044	<0,001
Dependente de Outros	6 (9,5)	6 (10,5)	20 (13,8)	14 (20,0)	16 (22,2)	10 (22,7)	72 (16,0)				
Meios de Auxílio	4 (6,3)	7 (12,3)	10 (6,9)	4 (5,7)	9 (12,5)	4 (9,1)	38 (8,4)				
Independente	46 (73,0)	33 (57,9)	83 (57,2)	32 (45,7)	28 (38,9)	14 (31,8)	236 (52,3)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A comparação entre os resultados na pré-morbilidade e a avaliação final para a atividade usar telefone, revelou terem existido diferenças significativas ($Z=-6,612$; $p < 0,001$), cujos resultados foram mais desfavoráveis na alta (Anexo 12 – Tabela 30).

Atividades/Participação – Vida Doméstica

Na Tabela 97 apresentamos a distribuição da amostra relativamente as variáveis pertencentes à vida doméstica, na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total.

Podemos observar que a incapacidade na atividade de realizar compras no estado pré-morbilidade foi registada por 190 (42,1%) indivíduos, alterando-se esse valor para 340 (75,4%) na alta.

Na execução de preparar refeições 178 (39,4%) idosos demonstraram incapacidade na pré-morbilidade, aumentando esse valor para 323 (71,6%) no momento da alta.

As tarefas da lida da casa não eram possíveis serem realizadas de forma autónoma ou independente no estado pré-morbilidade por 198 (43.9%) indivíduos, sendo que passaram a ser 344 (76,3%) a estar nessa condição na alta.

A atividade de tratar da roupa e na avaliação referente à pré-morbilidade foram 194 (43,0) os indivíduos a referirem incapacidade no seu desempenho, passando esse número para 343 (76,1%) na alta.

Tabela 97 – Distribuição da amostra relativamente às variáveis da vida doméstica, na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44	H=171					
Fazer Compras											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Faz	11 (17,5)	9 (15,8)	19 (13,1)	12 (17,1)	20 (27,8)	13 (29,5)	84 (18,6)	<0,001	0,395	0,315	<0,001
Dependente de Outros	10 (15,9)	4 (7,0)	37 (25,5)	20 (28,6)	25 (34,7)	10 (22,7)	106 (23,5)				
Meios/Ajuda Ocasional	6 (9,5)	9 (15,8)	30 (20,7)	11 (15,7)	13 (18,1)	5 (11,4)	74 (16,4)				
Independente	36 (57,1)	35 (61,4)	59 (40,7)	27 (38,6)	14 (19,4)	16 (36,4)	187 (41,5)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	19 (30,2)	20 (35,1)	46 (31,7)	26 (37,1)	34 (47,2)	23 (52,3)	168 (37,3)	<0,001	0,371	0,226	0,023
Dependente de Outros	20 (31,7)	18 (31,6)	60 (41,4)	27 (38,6)	30 (41,7)	17 (38,6)	172 (38,1)				
Meios/Ajuda Ocasional	16 (25,4)	12 (21,1)	32 (22,1)	12 (17,1)	5 (6,9)	4 (9,1)	81 (18,0)				
Independente	8 (12,7)	7 (12,3)	7 (4,8)	5 (7,1)	3 (4,2)	0 (0)	30 (6,7)				
Preparar Refeições											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Faz	10 (15,9)	9 (15,8)	17 (11,7)	17 (24,3)	19 (26,4)	12 (27,3)	84 (18,6)	<0,001	0,062	0,743	<0,001
Dependente de Outros	5 (7,9)	6 (10,5)	28 (19,3)	19 (27,1)	24 (33,3)	12 (27,3)	94 (20,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	7 (11,1)	13 (22,8)	23 (15,9)	8 (11,4)	9 (12,5)	5 (11,4)	65 (14,4)				
Independente	41 (65,1)	29 (50,9)	77 (53,1)	26 (37,1)	20 (27,8)	15 (34,1)	208 (46,1)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	18 (28,6)	20 (35,1)	48 (33,1)	26 (37,1)	32 (44,4)	22 (50,0)	166 (36,8)	0,001	0,023	0,377	0,033
Dependente de Outros	19 (30,2)	20 (35,1)	43 (29,7)	30 (42,9)	28 (38,9)	17 (38,6)	157 (34,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	12 (19,0)	11 (19,3)	33 (22,8)	12 (17,1)	8 (11,1)	4 (9,1)	80 (17,7)				
Independente	14 (22,2)	6 (10,5)	21 (14,5)	2 (2,9)	4 (5,6)	1 (2,3)	48 (10,6)				
Tarefas da Lida da Casa											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Faz	10 (15,9)	10 (17,5)	20 (13,8)	17 (24,3)	23 (31,9)	14 (31,8)	94 (20,8)	<0,001	0,237	0,463	<0,001
Dependente de Outros	8 (12,7)	9 (15,8)	38 (26,2)	18 (25,7)	19 (26,4)	12 (27,3)	104 (23,1)				
Meios/ Ajuda Ocasional	6 (9,5)	10 (17,5)	24 (16,6)	11 (15,7)	14 (19,4)	5 (11,4)	70 (15,5)				
Independente	39 (61,9)	28 (49,1)	63 (43,3)	24 (34,3)	16 (22,2)	13 (29,5)	183 (40,6)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	22 (34,9)	23 (40,4)	53 (36,6)	29 (41,4)	37 (51,4)	23 (52,3)	187 (41,5)	0,001	0,093	0,245	0,148
Dependente de Outros	17 (27,0)	21 (36,8)	47 (32,4)	27 (38,6)	27 (37,5)	18 (40,9)	157 (34,8)				
Meios/ Ajuda Ocasional	13 (20,6)	8 (14,0)	32 (22,1)	10 (14,3)	5 (6,9)	2 (4,5)	70 (15,5)				
Independente	11 (17,5)	5 (8,8)	13 (9,0)	4 (5,7)	3 (4,2)	1 (2,3)	37 (8,2)				
Lavar/Tratar da Roupa											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Faz	10 (15,9)	10 (17,5)	19 (13,1)	18 (25,7)	22 (30,6)	15 (34,1)	94 (20,8)	<0,001	0,022	0,730	<0,001
Dependente de Outros	6 (9,5)	13 (22,8)	32 (22,1)	18 (25,7)	19 (26,4)	12 (27,3)	100 (22,2)				
Meios/ Ajuda Ocasional	6 (9,5)	6 (10,5)	24 (16,6)	10 (14,3)	13 (18,1)	5 (11,4)	64 (14,2)				
Independente	41 (65,1)	28 (49,1)	70 (48,3)	24 (34,3)	18 (25,0)	12 (27,3)	193 (42,8)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	22 (34,9)	23 (40,4)	56 (38,6)	28 (40,0)	36 (50,0)	22 (50,0)	187 (41,5)	0,001	0,086	0,331	0,014
Dependente de Outros	15 (23,8)	22 (38,6)	43 (29,7)	28 (40,0)	28 (38,9)	20 (45,5)	156 (34,6)				
Meios/ Ajuda Ocasional	16 (25,4)	7 (12,3)	35 (24,1)	13 (18,6)	5 (6,9)	2 (4,5)	78 (17,3)				
Independente	10 (15,9)	5 (8,8)	11 (7,6)	1 (1,4)	3 (4,2)	0 (0)	30 (6,7)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

Fizemos a análise comparativa dos resultados das quatro atividades relacionadas com a vida doméstica, entre o momento de avaliação na pré-morbilidade e a alta, cujos resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas em todas elas, com níveis superiores de funcionalidade na primeira avaliação: Z=-12,466, p <0,001 (compras), Z=-12,235, p <0,001 (refeições), Z=-11,984, p <0,001 (lida da casa), Z=-12,789, p <0,001 (tratar da roupa) (Anexo 12 – Tabela 31).

A estatística descritiva do *score* da Vida Doméstica e para o momento de avaliação do estado pré-morbilidade, revelou que os limites inferior e superior foram respetivamente de 0,00 e 3,00, enquanto a média foi de $1,81 \pm 1,14$. Na alta os limites mantiveram-se e a média desceu para $0,94 \pm 0,88$.

Na Tabela 98 apresentamos a estatística descritiva referente ao *score* da vida doméstica para o estado de pré-morbilidade e para a alta.

Tabela 98 -Estatística descritiva referente ao *score* da Vida Doméstica na pré-morbilidade e na altura da alta, por grupo etário, sexo e total, bem como as diferenças entre os grupos de interesse

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos							
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	EC ¹⁾	Escol ²⁾				
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44									
Score Vida Doméstica Pré-morbilidade														
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00					<0,001	0,462	0,523	<0,001
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00								
m	2,18	2,05	1,97	1,64	1,35	1,44	1,81							
mediana	3,00	2,25	2,00	1,63	1,00	1,38	2,00							
dp	1,13	1,08	1,05	1,17	1,11	1,19	1,14							
Score Vida Doméstica Alta														
min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	<0,001	0,136	0,132	0,008				
máx	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00					3,00			
m	1,25	0,99	1,06	0,86	0,69	0,58					0,94			
mediana	1,00	1,00	1,00	1,00	0,50	0,58					1,00			
dp	1,03	0,92	0,90	0,80	0,78	0,60					0,88			

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; min – valor mínimo; máx – valor máximo; m – média; dp – desvio padrão do valor médio; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise da diferença de médias entre a pré-morbilidade e a alta do *score* da Vida Doméstica teve uma diferença estatisticamente significativa, com uma média superior na avaliação inicial: $t_{449}=16,891$, $p < 0,001$ (Anexo 12 – Tabela 32).

Atividade & Participação – Áreas Principais da Vida

Neste capítulo foi avaliada a variável gerir o seu dinheiro. Na pré-morbilidade encontrámos 134 (29,7%%) indivíduos que não eram capazes de sozinhos realizarem esta tarefa, enquanto na alta esse número subiu para 224 (49,7%).

Na Tabela 99, são apresentados os resultados referentes à distribuição da amostra para a variável gerir o seu dinheiro, na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total.

Tabela 99 – Distribuição da amostra relativamente à variável gerir o seu dinheiro, na pré-morbilidade e na alta, por grupo etário, sexo e total

65 – 74 anos n=120		75 – 84 anos n=215		≥ 85 anos n=116		Total n=451	Efeitos				
M	H	M	H	M	H	M=280 H=171	Idade	Sexo	E ⁽¹⁾	Escol ⁽²⁾	
n=63	n=57	n=145	n=70	n=72	n=44						
Gerir o seu Dinheiro											
Pré-morbilidade n (%)											
Incapaz/Não Faz	6 (9,5)	1 (1,8)	11 (7,6)	8 (11,4)	13 (18,1)	6 (13,6)	45 (10,0)	<0,001	0,877	0,145	<0,001
Dependente de Outros	5 (7,9)	10 (17,5)	26 (17,9)	19 (27,1)	19 (26,4)	10 (22,7)	89 (19,7)				
Meios/Ajuda Ocasional	8 (12,7)	7 (12,3)	26 (17,9)	10 (14,3)	19 (26,4)	7 (15,9)	77 (17,1)				
Independente	44 (69,8)	39 (68,4)	82 (56,6)	33 (47,1)	21 (29,2)	21 (47,7)	240 (53,2)				
Alta n (%)											
Incapaz/Não Faz	7 (11,1)	7 (12,3)	16 (11,0)	8 (11,4)	12 (16,7)	8 (18,2)	58 (12,9)	<0,001	0,154	0,721	<0,001
Dependente de Outros	14 (22,2)	20 (35,1)	50 (34,5)	30 (42,9)	33 (45,8)	19 (43,2)	166 (36,8)				
Meios/Ajuda Ocasional	14 (22,2)	9 (15,8)	30 (20,7)	16 (22,9)	17 (23,6)	12 (27,3)	98 (21,7)				
Independente	28 (44,4)	21 (36,8)	49 (33,8)	16 (22,9)	10 (13,9)	5 (11,4)	129 (28,6)				

M – Mulheres; H – Homens; n – número de casos; 1) Estado Civil; 2) Escolaridade

A análise comparativa entre os resultados da avaliação na pré-morbilidade e na avaliação final na atividade gerir o seu dinheiro, revelou diferenças estatisticamente significativas; $Z=-9,200$, $p < 0,001$, com melhores resultados para a avaliação inicial (Anexo 12 – Tabela 33).

c) Comportamento dos Scores e Outcomes em Todos os Momentos Avaliativos

Para uma visualização mais global e comparativa, apresentamos em seguida em formato gráfico, a evolução dos *scores* dos diferentes domínios, agrupados pelos seus componentes, nos dois ou três momentos de avaliação, consoante a temporalidade da recolha dos dados (Figuras 22 e 23).

Podemos visualizar que em todos os *scores* o valor da mediana no momento de admissão na Rede tem sempre um valor mais baixo comparativamente ao momento da alta, da mesma forma que esse momento relativamente ao estado pré-morbilidade.

Funções do Corpo

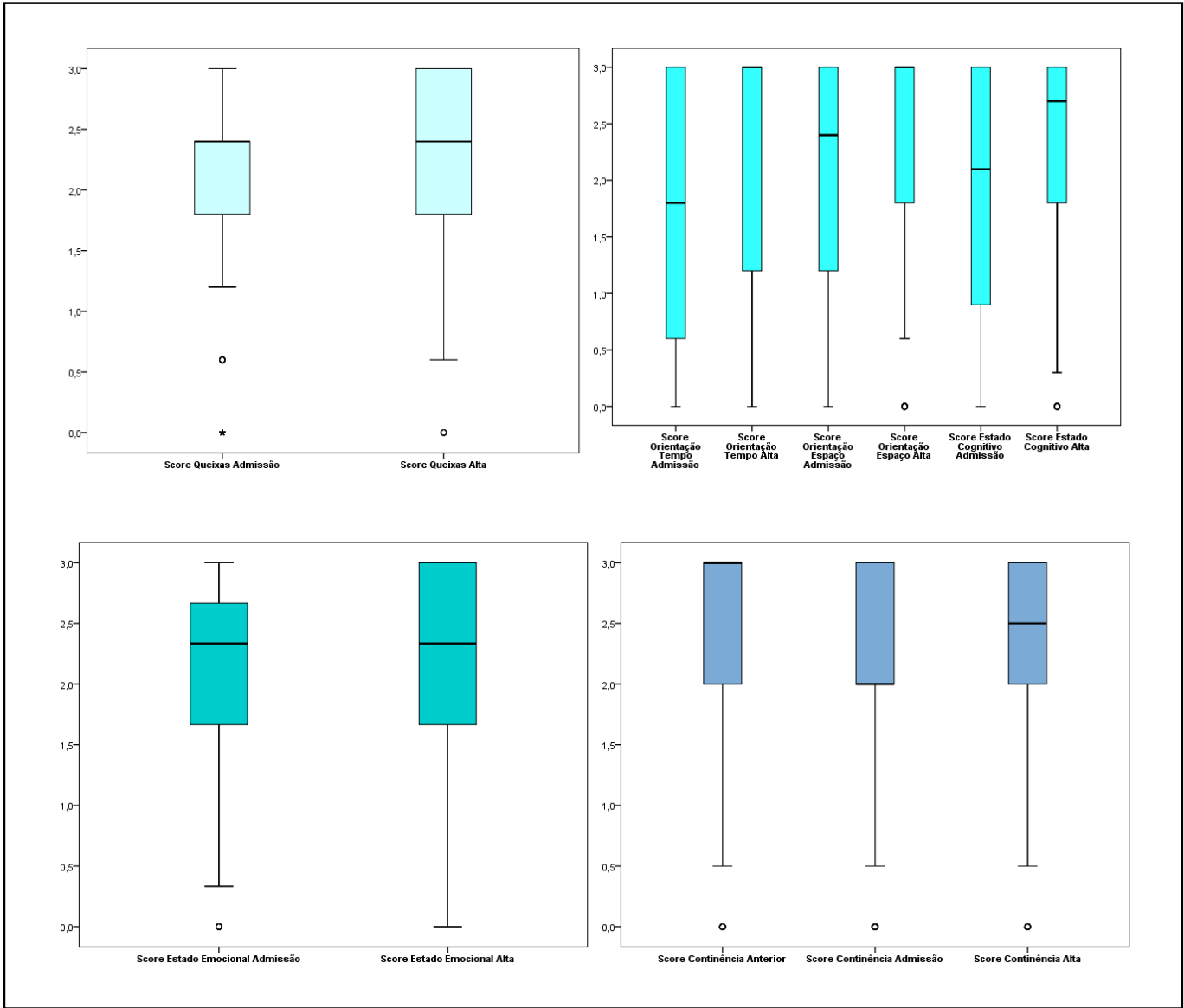


Figura 22- Box Plots da evolução dos domínios da Funções do Corpo

Atividades/Participação

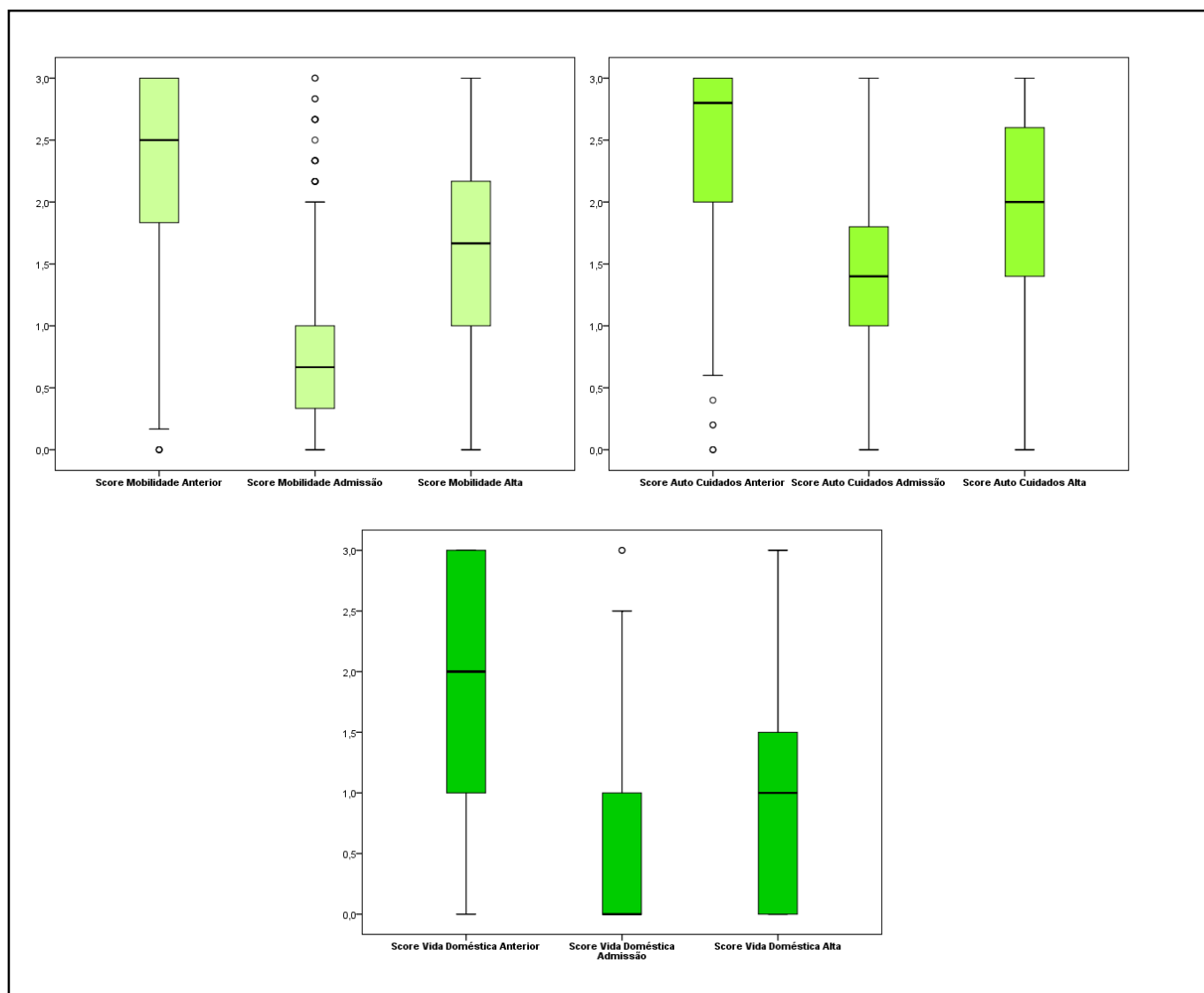


Figura 23- Box Plots da evolução dos domínios das Atividades/Participação

Na Tabela 100, apresentamos o número de casos em situação favorável de funcionalidade ($score \geq 2$) relativo aos *outcomes* dos *scores* ou domínios da funcionalidade nos diferentes momentos avaliativos.

Em todos os momentos, o domínio onde registámos a maior percentagem de casos favoráveis foi na continência, tendo a percentagem mais baixa ocorrido no domínio da vida doméstica, também de forma transversal. O domínio onde se verificou a aquisição de mais situações favoráveis entre a admissão e a alta foi o domínio dos auto cuidados, enquanto as funções emocionais foram o domínio onde essa diferença foi mais baixa.

Por seu lado, relativamente à perda percentual de casos favoráveis entre a pré-morbilidade e a alta, o domínio onde se verificou essa situação de forma mais importante foi o da vida doméstica, contrariamente ao domínio da continência, onde a perda de casos favoráveis foi menor.

Tabela 100 – Distribuição percentual dos *outcomes* favoráveis (≥ 2) nos três momentos avaliativos

Score/Domínio	Valor Basal n (%) ≥ 2	Valor Admissão n (%) ≥ 2	Valor Alta n (%) ≥ 2	Diferença Alta-Admissão n (%) ≥ 2	Diferença Alta-Basal n (%) ≥ 2
Queixas de Saúde	-----	263 (59,2)	312 (70,3)	+49 (11,0)	-----
Orientação Tempo	-----	215 (47,7)	279 (62,1)	+64 (14,2)	-----
Orientação Lugar	-----	257 (57,0)	320 (71,3)	+63 (14,0)	-----
Estado Cognitivo	-----	252 (55,9)	317 (70,6)	+65(14,4)	-----
Funções Emocionais	-----	280 (63,2)	318(71,6)	+38 (8,6)	-----
Continência	415 (92,0%)	343 (76,1)	402 (89,1)	+59 (13,1)	-13 (-2,9)
Mobilidade	322 (71,4%)	37 (8,2)	177 (39,2)	+140 (31,0)	-145 (-32,2)
Auto Cuidados	347 (76,9%)	85 (18,8)	254 (56,3)	+169 (37,5)	-93 (-20,6)
Comunicação	334 (74,1%)	228 (50,6)	274 (60,8)	+46 (10,2)	-60 (-13,3)
Vida Doméstica	244 (54,1%)	11 (2,4)	89 (19,7)	+78 (17,3)	-155 (-34,4)
Áreas Principais da Vida	317 (70,3%)	160 (35,5)	227 (50,3)	+67 (14,9)	-90 (-20,0)

d) Regressão Logística Multivariável

A apresentação dos modelos de regressão é apresentada em duas tabelas cuja agregação está de acordo com os componentes da funcionalidade.

Funções do Corpo

Na Tabela 101 surgem as variáveis que permaneceram no modelo final relativamente às Funções do Corpo no momento da alta: Queixas de Saúde, Funções Mentais, Funções Emocionais e Continência.

O modelo revelou que a possibilidade do agravamento das Queixas de Saúde aumentava nos doentes internados em unidades sem Equipa Multidisciplinar de Terapeutas ($\hat{\beta}=1,18$; $p < 0,001$; OR=3,2; CI 95%: 1,73-6,09) e na ausência de Comunicação Telefónica com a Família ($\hat{\beta}=1,14$; $p < 0,001$; OR=3,1; CI 95%: 1,80-5,47).

Nos componentes das Funções e das Atividades/Participação, as variáveis que mais contribuíam para essa possibilidade foram a deficiência nas Funções Emocionais na admissão ($\hat{\beta}=0,76$; $p=0,003$; OR=2,1; CI 95%: 1,30-3,52), a limitação na Mobilidade na

alta ($\hat{\beta}=0,87$; $p=0,002$; $OR=2,4$; $CI\ 95\%: 1,38-4,14$) e ainda a Comunicação na altura da admissão na Rede ($\hat{\beta}=0,51$; $p=0,050$; $OR=1,7$; $CI\ 95\%: 1,00-2,74$).

Fizeram também parte deste modelo as variáveis “internamento em unidades com elevado Rácio Doentes/Terapeutas”, não possuir Prática de Culto e ter história de Internamentos Hospitalares Anteriores.

Relativamente à possibilidade de apresentar deficiências nas Funções Mentais – desorientação do tempo e do lugar – o modelo revelou que os indivíduos que referiram percecionar desfavoravelmente o seu Estado de Saúde Mental ($\hat{\beta}=1,81$; $p<0,001$; $OR=6,1$; $CI\ 95\%: 3,23-11,63$) e que revelavam limitação no desempenho da Comunicação ($\hat{\beta}=1,53$; $p<0,001$; $OR=4,6$; $CI\ 95\%: 2,52-8,37$) e das Áreas Principais da Vida ($\hat{\beta}=1,41$; $p<0,001$; $OR=4,1$; $CI\ 95\%: 2,12-7,88$) no momento da alta, tinham maior possibilidade de apresentar essas deficiências. Associaram-se também a este modelo a Idade (possibilidade aumentada nos indivíduos com idade ≥ 85 anos), a Atividade Física (possibilidade aumentada nos indivíduos que não tinham esta prática) e as Queixas de Saúde (possibilidade aumentada para os indivíduos que referiam menos queixas ou que não se queixavam).

O modelo revelou para as Funções Emocionais, que as variáveis que mais contribuíam para o seu aparecimento no momento da alta eram as relacionadas com os Fatores Pessoais: ter uma perceção desfavorável do Estado de Saúde Físico e Mental no momento da alta ($\hat{\beta}=1,12$; $p<0,001$; $OR=3,1$; $CI\ 95\%: 1,78-5,25$; $\hat{\beta}=1,11$; $p<0,001$; $OR=3,0$; $CI\ 95\%: 1,66-5,55$) e não possuir Crença Religiosa ($\hat{\beta}=1,02$; $p=0,008$; $OR=2,8$; $CI\ 95\%: 1,30-5,89$), além de apresentar Queixas de Saúde no momento de admissão na Rede ($\hat{\beta}=0,73$; $p=0,003$; $OR=2,1$; $CI\ 95\%: 1,28-3,35$). Revelar limitação na Comunicação Telefónica na alta, esteve também presente neste modelo, se bem que de forma menos importante ($\hat{\beta}=0,57$; $p=0,021$; $OR=1,8$; $CI\ 95\%: 1,09-2,87$).

As variáveis que apresentaram um efeito mais significativo sobre a possibilidade de ter deficiência na Continência de acordo com o modelo, foram as variáveis relacionadas com a deficiência das Funções Mentais ($\hat{\beta}=1,50$; $p<0,001$; $OR=4,5$; $CI\ 95\%: 2,12-9,42$) e as limitações no domínio da Mobilidade, ambas no momento da alta ($\hat{\beta}=1,40$; $p=0,030$;

OR=4,0; CI 95%: 1,15-14,21). Manifestar baixa Percepção do Estado de Saúde Mental e Queixas de Saúde na alta, explicaram também a ocorrência desta deficiência.

Tabela 101 – Estimativas dos coeficientes do modelo de regressão logística dos domínios das Funções do Corpo

	$\hat{\beta}$	valor p	Exp ($\hat{\beta}$)	95% CI for Exp ($\hat{\beta}$)	
				Lower	Upper
Queixas de Saúde					
Presença Equipa Multidisciplinar	1,18	<0,001	3,2	1,73	6,09
Rácio Doentes/Terapeutas	0,62	<0,001	1,9	1,48	2,33
Prática de Culto	0,52	0,040	1,7	1,02	2,76
Internamentos Hospitalares Anteriores	0,58	0,042	1,8	1,02	3,11
Comunicação Telefónica Família	1,14	<0,001	3,1	1,80	5,47
Estado Emocional Admissão	0,76	0,003	2,1	1,30	3,52
Mobilidade Alta	0,87	0,002	2,4	1,38	4,14
Comunicação Admissão	0,51	0,050	1,7	1,00	2,74
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,354</i>					
Funções Mentais					
Idade	0,60	0,046	1,8	1,01	3,28
Percepção Estado Saúde Mental Alta	1,81	<0,001	6,1	3,23	11,63
Queixas de Saúde Admissão	-0,90	0,002	0,4	0,23	0,73
Comunicação Alta	1,53	<0,001	4,6	2,52	8,37
Áreas Principais da Vida Alta	1,41	<0,001	4,1	2,12	7,88
Atividade Física	0,60	0,033	1,8	1,05	3,17
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,381</i>					
Funções Emocionais					
Crença Religiosa	1,02	0,008	2,8	1,30	5,89
Percepção Estado Saúde Física Alta	1,12	<0,001	3,1	1,78	5,25
Percepção Estado Saúde Mental Alta	1,11	<0,001	3,0	1,66	5,55
Queixas de Saúde Admissão	0,73	0,003	2,1	1,28	3,35
Comunicação Alta	0,57	0,021	1,8	1,09	2,87
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,674</i>					
Continência					
Percepção Estado Saúde Física Alta	1,36	<0,001	3,9	1,84	8,32
Queixas Saúde Alta	0,75	0,050	2,1	1,00	4,50
Estado Cognitivo Alta	1,50	<0,001	4,5	2,12	9,42
Mobilidade Alta	1,40	0,030	4,0	1,15	14,21
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,453</i>					

Atividades/Participação

Na Tabela 102 surgem as variáveis que apresentaram um efeito estatisticamente significativo relativamente à possibilidade da presença de limitações no momento da alta nas Atividades/Participação: Mobilidade, Autocuidados, Comunicação, Vida Doméstica e Áreas Principais da Vida.

O modelo revelou que a possibilidade do aparecimento de limitação nas atividades relacionadas com a Mobilidade aumentava sobretudo devido à incapacidade de autonomia/independência nos Auto Cuidados no momento de admissão na Rede ($\hat{\beta}=1,74$; $p < 0,001$; OR=5,7; CI 95%: 3,07-10,48) e da Perceção desfavorável do Estado de Saúde Física também na altura da alta ($\hat{\beta}=1,45$; $p < 0,001$; OR=4,2; CI 95%: 2,30-7,82). Contribuíram também, apesar de forma menos importante a presença de deficiências no momento da alta nas Funções Mentais, nas Queixas de Saúde e no Estado Emocional.

As variáveis cujos coeficientes de regressão logística tiveram uma significância mais elevada no modelo respeitante à manifestação de limitações no Auto Cuidado, foram a Perceção desfavorável do Estado de Saúde Física ($\hat{\beta}=1,58$; $p < 0,001$; OR=4,9; CI 95%: 2,79-8,49) e a deficiência nas Funções Mentais ($\hat{\beta}=1,19$; $p < 0,001$; OR=3,3; CI 95%: 1,88-5,78) no momento da alta. Associaram-se também ao modelo a presença de deficiência ou limitação nas seguintes variáveis: Comunicação, Áreas Principais da Vida e Continência no momento de admissão e ainda Queixas de Saúde na alta. Estar internado em unidades cujo rácio Doentes/Terapeutas era mais elevado, revelou também uma possibilidade aumentada para a limitação nas atividades relacionadas com o Auto Cuidado.

O modelo construído para a variável Comunicação, agregou variáveis dos Fatores Pessoais (sexo e escolaridade), das Funções e das Atividades/Participação. Dificuldades nas atividades Mobilidade e na atividade Gerir Dinheiro na alta, mostraram os coeficientes de regressão mais elevados no modelo ($\hat{\beta}=1,53$; $p < 0,001$; OR=4,6; CI 95%: 2,42-8,73; $\hat{\beta}=1,39$; $p < 0,001$; OR=4,0; CI 95%: 2,28-7,11). A ausência de escolaridade explicou também de forma importante as limitações na comunicação telefónica ($\hat{\beta}=1,34$; $p < 0,001$; OR=3,8; CI 95%: 2,14-6,86), bem como as deficiências associadas à continência ($\hat{\beta}=1,33$; $p=0,007$; OR=3,8; CI 95%: 1,44-9,85). Estiveram presentes no modelo e ainda de uma forma importante as deficiências nas Funções Mentais no momento da admissão e da alta. Ser homem revelou também uma possibilidade aumentada para a presença de incapacidade na comunicação.

As variáveis que apresentaram um efeito mais significativo sobre a possibilidade de ter incapacidade nas atividades do domínio Vida Doméstica de acordo com o modelo, foram a presença de deficiência nas Funções Mentais ($\hat{\beta}=1,49$; $p=0,001$; OR=4,4; CI 95%: 1,65-11,81) e a percepção desfavorável da Saúde Física ambas no momento da alta ($\hat{\beta}=1,19$; $p=0,003$; OR=3,3; CI 95%: 1,51-7,17). As limitações nos Autocuidados ($\hat{\beta}=1,01$; $p=0,001$; OR=2,8; CI 95%: 1,52-5,0) e na Comunicação ($\hat{\beta}=1,04$; $p=0,001$; OR=2,8; CI 95%: 1,51-5,26) na admissão tiveram a mesma importância no modelo.

A Idade (ter 85 ou mais anos) e a ausência de Atividade Física, contribuíram também de forma importante para explicar a presença de limitação nas atividades deste domínio.

O modelo revelou para a atividade Gerir Dinheiro do domínio Áreas Principais da Vida, que as variáveis que mais contribuíam para o seu aparecimento no momento da alta foram a limitação nas atividades da Vida Doméstica ($\hat{\beta}=1,60$; $p=0,001$; OR=5,0; CI 95%: 1,96-12,62) e a deficiência nas Funções Mentais no momento da alta ($\hat{\beta}=1,57$; $p<0,001$; OR=4,7; CI 95%: 2,33-9,58). Fizeram também parte do modelo e ainda de forma importante as limitações na Comunicação na altura da alta e as atividades relacionadas com o Auto Cuidado em ambos os momentos de avaliação. Para explicar este modelo contribuíam ainda duas variáveis pertencentes aos Fatores Contextuais: estar internado em unidades que não possuíam Equipa Multidisciplinar de Terapeutas e a percepção desfavorável da Saúde Mental.

Tabela 102 – Estimativas dos coeficientes do modelo de regressão logística dos domínios da Atividade/Participação

	β	valor p	Exp (β)	95% CI for Exp (β)	
				Lower	Upper
Mobilidade					
Perceção Estado Saúde Física Alta	1,45	<0,001	4,2	2,30	7,82
Queixas Saúde Alta	0,57	0,031	1,8	1,05	3,00
Estado Cognitivo Alta	1,00	<0,001	2,7	1,69	4,35
Estado Emocional Alta	0,60	0,039	1,8	1,03	3,20
Auto Cuidados Admissão	1,74	<0,001	5,7	3,07	10,48
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,495</i>					
Auto Cuidados					
Perceção Estado Saúde Física Alta	1,58	<0,001	4,9	2,79	8,49
Rácio Doentes/Terapeutas	0,25	0,040	1,3	1,01	1,61
Queixas Alta	0,56	0,043	1,8	1,02	3,03
Estado Cognitivo Alta	1,19	<0,001	3,3	1,88	5,78
Continência Admissão	1,02	0,001	2,8	1,52	5,01
Comunicação Admissão	1,04	<0,001	2,8	1,72	4,67
Áreas Principais da Vida Alta	1,02	0,001	2,8	1,55	4,94
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,139</i>					
Comunicação					
Sexo	-0,89	0,001	0,4	0,24	0,71
Escolaridade	1,34	<0,001	3,8	2,14	6,86
Estado Cognitivo Admissão	0,95	0,002	2,6	1,41	4,73
Estado Cognitivo Alta	0,69	0,046	2,0	1,01	3,90
Continência Alta	1,33	0,007	3,8	1,44	9,85
Mobilidade Alta	1,53	<0,001	4,6	2,42	8,73
Áreas Principais da Vida Alta	1,39	<0,001	4,0	2,28	7,11
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,927</i>					
Vida Doméstica					
Idade	0,97	0,021	2,6	1,16	6,0
Perceção Estado Saúde Física Alta	1,19	0,003	3,3	1,51	7,17
Estado Cognitivo Alta	1,49	0,003	4,4	1,65	11,81
Auto Cuidados Admissão	1,01	0,001	2,8	1,52	5,0
Comunicação Admissão	1,04	0,001	2,8	1,51	5,26
Atividade Física	0,79	0,010	2,2	1,20	4,02
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,904</i>					
Áreas Principais da Vida					
Perceção Estado Saúde Mental Alta	0,76	0,045	2,2	1,02	4,52
Presença Equipa Multidisciplinar	0,99	0,009	2,7	1,28	5,63
Estado Cognitivo Alta	1,57	<0,001	4,7	2,33	9,58
Auto Cuidados Admissão	0,99	0,014	2,7	1,23	5,89
Auto Cuidados Alta	1,05	0,001	2,9	1,56	5,24
Comunicação Alta	1,22	0,001	3,4	1,88	6,18
Vida Doméstica Alta	1,60	0,001	5,0	1,96	12,62
<i>Hosmer & Lemeshow Test p=0,225</i>					

4. Validação do Core Set Geriátrico⁸

Resumo. As Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento foram aquelas que registaram em ambos os momentos avaliativos frequências mais elevadas de deficiência. No momento da admissão a frequência mais elevada de deficiência (99,6%) foi observada nas Funções das Reações Motoras Involuntárias (equilíbrio) e na alta isso ocorreu nas Funções da Força Muscular e nas Funções de Controlo do Movimento Voluntário (96,2%).

Não foram calculadas as frequências relativas às Estruturas do Corpo por falta de informação clínica.

As limitações das Atividades & Participação cujos valores foram mais elevados na avaliação inicial, foram Realizar a Rotina Diária, a Utilização dos Movimentos Finos da Mão e a Utilização da Mão e do Braço (99,6%), sendo que no momento da alta essa observação registou-se na Utilização dos Movimentos Finos da Mão (94,7%).

A categorização dos Fatores Ambientais como facilitadores variou entre 0% (Produtos e Tecnologias) e 86,5 % (Apoios e Relacionamentos e Atitudes), enquanto como barreiras entre 0% (Produtos e Tecnologias) e 33,9% (Apoios e Relacionamentos e Atitudes). Cerca de 36% dos Fatores Ambientais foram concomitantemente referidos como barreiras e facilitadores.

Foi possível identificar cinco novas categorias adicionais, passíveis de serem consideradas numa nova proposta do Core Set Geriátrico.

A validação do atual Core Set Geriátrico para a amostra em estudo não aconteceu na totalidade das categorias, pois observámos frequências <5% nos componentes Funções do Corpo, existindo também categorias que não sofreram alteração entre os dois momentos de avaliação.

Para a validação do Core Set, calculámos as frequências absolutas e relativas nos dois momentos de avaliação, bem como a sua evolução entre os dois momentos de

⁸ Sobre a validação do Core Set Geriátrico foi realizado um estudo piloto, escrito em formato de artigo, que se encontra no Anexo 13.

avaliação. Na Tabela 103 estão os resultados referentes às deficiências das Funções do Corpo.

A frequência das deficiências das Funções do Corpo variou entre 0,9% (*Funções dos Anexos dos Olhos*) e 99,6% (*Funções de Reações Motoras Involuntárias*, onde se incluem entre outras, as reações posturais e de equilíbrio) na admissão, sendo que na alta essa variação existiu entre 0,9% (novamente para as *Funções dos Anexos dos Olhos*) e 96,2% (*Funções da Força Muscular e Funções de Controlo do Movimento Voluntário*). Não registámos deficiências nas *Funções Metabólicas Gerais* e nas *Funções de Equilíbrio Hídrico, Mineral e Eletrolítico*, em qualquer dos momentos de avaliação.

Nos dois momentos de avaliação, as deficiências apontadas como mais prevalentes pertenciam todas ao capítulo b7 (*Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento*): *Funções da Força Muscular* (98,7% vs 96,2%), *Funções de Reações Motoras Involuntárias* (99,6% vs 95,8%) e *Funções de Controlo do Movimento Voluntário* (99,3% vs 96,2%).

Além das categorias já referidas cuja prevalência de deficiência foi <5%, registámos deficiência abaixo deste valor em mais cinco categorias, todas pertencentes aos capítulos b4 (*Funções do Aparelho Cardiovascular, dos Sistemas Hematológico e Imunológico e do Aparelho Respiratório*) e b8 (*Funções da Pele e Estruturas Relacionadas*).

Observámos melhorias significativas em mais de 76% das categorias, sendo que o capítulo b4 foi aquele onde essa evolução foi menos detetada. Sete categorias não sofreram qualquer alteração, tendo esse registo ocorrido fundamentalmente nos capítulos b4 e b5 (*Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino*).

Tabela 103 – Prevalência das deficiências do componente *Funções do Corpo*, na admissão e na alta e alteração ao longo do tempo

		Avaliação Inicial	Avaliação Final	Valor p
n (%)				
Capítulo 1. Funções Mentais				
b110	Funções da Consciência			
	Deficiência Ausente	404 (89,6)	415 (92,0)	0,063
	Com Deficiência	47 (10,4)	36 (8,0)	
b114	Funções da Orientação			
	Deficiência Ausente	135 (29,9)	202 (44,8)	<0,001
	Deficiência Ligeira	79 (17,5)	80 (17,7)	
	Deficiência Moderada	67 (14,9)	62 (13,7)	
	Deficiência Grave	125 (27,7)	67 (14,9)	
	Deficiência Completa	45 (10,0)	40 (8,9)	
b117	Funções Intelectuais			
	Deficiência Ausente	379 (84,0)	379 (84,0)	1,000
	Com Deficiência	72 (16,0)	72 (16,0)	
b130	Funções da Energia e dos Impulsos			
	Deficiência Ausente	364 (80,7)	395 (87,6)	<0,001
	Com Deficiência	79 (17,5)	49 (10,9)	
	Não Sabe/Não Responde	8 (1,8)	7 (1,6)	
b134	Funções do Sono			
	Deficiência Ausente	273 (60,5)	311 (69,0)	<0,001
	Com Deficiência	170 (37,7)	133 (29,5)	
	Não Sabe/Não Responde	8 (1,8)	7 (1,6)	
b140	Funções da Atenção			
	Deficiência Ausente	337 (74,7)	375 (83,1)	<0,001
	Com Deficiência	114 (25,3)	76 (16,9)	
b144	Funções da Memória			
	Deficiência Ausente	166 (36,8)	218 (48,3)	<0,001
	Deficiência Ligeira	65 (14,4)	70 (15,5)	
	Deficiência Moderada	67 (14,9)	54 (12,0)	
	Deficiência Grave	100 (22,2)	64 (14,2)	
	Deficiência Completa	53 (11,8)	45 (10,0)	
b147	Funções Psicomotoras			
	Deficiência Ausente	387 (85,8)	405 (89,8)	0,001
	Com Deficiência	64 (14,2)	46 (10,2)	
b152	Funções Emocionais			
	Deficiência Ausente	278 (61,6)	313 (69,4)	<0,001
	Com Deficiência	164 (36,4)	131 (29,0)	
	Não Sabe/Não Responde	9 (2,0)	7 (1,6)	
b156	Funções da Percepção			
	Deficiência Ausente	236 (52,3)	295 (65,4)	<0,001
	Deficiência Ligeira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Deficiência Moderada	68 (15,1)	62 (13,7)	
	Deficiência Grave	102 (22,6)	53 (11,8)	
	Deficiência Completa	45 (10,0)	41 (9,1)	
b167	Funções Mentais da Linguagem			
	Deficiência Ausente	403 (89,4)	413 (91,6)	0,006
	Com Deficiência	48 (10,6)	38 (8,4)	
b176	Funções Mentais para a Sequência de Movimentos Complexos			
	Deficiência Ausente	232 (51,4)	277 (61,4)	<0,001
	Deficiência Ligeira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Deficiência Moderada	98 (21,7)	89 (19,7)	
	Deficiência Grave	64 (14,2)	36 (8,0)	
	Deficiência Completa	57 (12,6)	49 (10,9)	
b180	Funções de Experiência Pessoal e do Tempo			
	Deficiência Ausente	353 (78,3)	383 (84,9)	<0,001
	Com Deficiência	98 (21,7)	68 (15,1)	
Capítulo 2. Funções Sensoriais e Dor				
b210	Funções da Visão			
	Deficiência Ausente	353 (78,3)	367 (81,4)	0,003
	Com Deficiência	98 (21,7)	84 (18,6)	
b215	Funções dos Anexos dos Olhos			
	Deficiência Ausente	447 (99,1)	447 (99,1)	1,000
	Com Deficiência	4 (0,9)	4 (0,9)	
b230	Funções Auditivas			

	Deficiência Ausente	385 (85,4)	392 (86,9)	
	Com Deficiência	66 (14,6)	59 (13,1)	0,092
b240	Sensações Associadas à Audição e à Função Vestibular			
	Deficiência Ausente	386 (85,6)	393 (87,1)	
	Com Deficiência	65 (14,4)	58 (12,9)	0,092
b260	Função Proprioceptiva			
	Deficiência Ausente	364 (80,7)	397 (88,0)	
	Deficiência Ligeira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Deficiência Moderada	3 (0,7)	5 (1,1)	<0,001
	Deficiência Grave	3 (0,7)	2 (0,4)	
	Deficiência Completa	81 (18,0)	47 (10,4)	
b265	Função Tátil			
	Deficiência Ausente	338 (74,9)	364 (80,7)	
	Com Deficiência	113 (25,1)	87 (19,3)	<0,001
b270	Sensações Sensoriais Relacionadas com a Temperatura e Outros Estímulos			
	Deficiência Ausente	372 (82,5)	387 (85,8)	
	Com Deficiência	32 (7,1)	24 (5,3)	0,001
	Não Sabe/Não Responde	47 (10,4)	40 (8,9)	
b280	Sensação de Dor			
	Deficiência Ausente	114 (25,3)	174 (38,6)	
	Deficiência Ligeira	71 (15,7)	117 (25,9)	
	Deficiência Moderada	45 (10,0)	70 (15,5)	
	Deficiência Grave	154 (34,1)	37 (8,2)	<0,001
	Deficiência Completa	20 (4,4)	17 (3,8)	
	Não Sabe/Não Responde	47 (10,4)	36 (8,0)	
Capítulo 3. Funções da Voz e da Fala				
b320	Funções da Articulação			
	Deficiência Ausente	391 (86,7)	405 (89,8)	
	Com Deficiência	60 (13,3)	46 (10,2)	0,001
Capítulo 4. Funções do Aparelho Cardiovascular, dos Sistemas Hematológico e Imunológico e do Aparelho Respiratório				
b410	Funções Cardíacas			
	Deficiência Ausente	289 (64,1)	291 (64,5)	
	Com Deficiência	162 (35,9)	160 (35,5)	0,774
b415	Funções dos Vasos Sanguíneos			
	Deficiência Ausente	417 (92,5)	417 (92,5)	
	Com Deficiência	34 (7,5)	34 (7,5)	1,000
b420	Funções da Pressão Arterial			
	Deficiência Ausente	188 (41,7)	207 (45,9)	
	Com Deficiência	263 (58,3)	244 (54,1)	0,001
b430	Funções do Sistema Hematológico			
	Deficiência Ausente	446 (98,9)	446 (98,9)	
	Com Deficiência	5 (1,1)	5 (1,1)	1,000
b435	Funções do Sistema Imunológico			
	Deficiência Ausente	444 (98,4)	447 (99,1)	
	Com Deficiência	7 (1,6)	4 (0,9)	0,250
b440	Funções da Respiração			
	Deficiência Ausente	381 (84,5)	397 (88,0)	
	Com Deficiência	70 (15,5)	54 (12,0)	<0,001
b450	Funções Respiratórias Adicionais			
	Deficiência Ausente	439 (97,3)	442 (98,0)	
	Com Deficiência	12 (2,7)	9 (2,0)	0,250
b455	Funções de Tolerância ao Exercício			
	Deficiência Ausente	300 (66,5)	361 (80,0)	
	Deficiência Ligeira	31 (6,9)	27 (6,0)	
	Deficiência Moderada	29 (6,4)	13 (2,9)	<0,001
	Deficiência Grave	14 (3,1)	4 (0,9)	
	Deficiência Completa	3 (0,7)	1 (0,2)	
	Não Avaliado	74 (16,4)	45 (10,0)	
b460	Sensações Associadas às Funções Cardiovasculares e Respiratórias			
	Deficiência Ausente	396 (87,8)	405 (89,8)	
	Com Deficiência	55 (12,2)	46 (10,2)	0,022
Capítulo 5. Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino				
b510	Funções de Ingestão			
	Deficiência Ausente	397 (88,0)	406 (90,0)	
	Com Deficiência	54 (12,0)	45 (10,0)	0,035
b525	Funções de Defecação			
	Deficiência Ausente	188 (41,7)	260 (57,6)	
	Deficiência Ligeira	161 (35,7)	143 (31,7)	

	Deficiência Grave	37 (8,2)	18 (4,0)	<0,001
	Deficiência Completa	65 (14,4)	30 (6,7)	
b530	Funções de Manutenção do Peso			
	Deficiência Ausente	112 (24,8)	112 (24,8)	
	Com Deficiência	180 (39,9)	180 (39,9)	1,000
	Não Avaliado	159 (35,3)	159 (35,3)	
b535	Sensações Associadas ao Aparelho Digestivo			
	Deficiência Ausente	372 (82,5)	405 (89,8)	
	Com Deficiência	79 (17,5)	46 (10,2)	<0,001
b540	Funções Metabólicas Gerais			
	Deficiência Ausente	451 (100)	451 (100)	1,000
	Com Deficiência	0 (0,0)	0 (0,0)	
b545	Funções de Equilíbrio Hídrico, Mineral e Eletrolítico			
	Deficiência Ausente	451 (100)	451 (100)	
	Com Deficiência	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
Capítulo 6. Funções Geniturinárias e Reprodutivas				
b620	Funções Miccionais			
	Deficiência Ausente	164 (36,4)	228 (50,6)	
	Deficiência Ligeira	182 (40,4)	176 (39,0)	
	Deficiência Grave	30 (6,7)	16 (3,5)	<0,001
	Deficiência Completa	75 (16,6)	31 (6,9)	
b630	Sensações Associadas às Funções Urinárias			
	Deficiência Ausente	337 (74,7)	355 (78,7)	
	Com Deficiência	114 (25,3)	96 (21,3)	0,004
Capítulo 7. Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento				
b710	Funções da Mobilidade das Articulações			
	Deficiência Ausente	58 (12,9)	62 (13,7)	
	Deficiência Ligeira	189 (41,9)	297 (65,9)	
	Deficiência Moderada	23 (5,1)	25 (5,5)	<0,001
	Deficiência Grave	181 (40,1)	67 (14,9)	
	Deficiência Completa	0 (0,0)	0 (0,0)	
b715	Funções da Estabilidade das Articulações			
	Deficiência Ausente	321 (71,2)	379 (84,0)	
	Com Deficiência	130 (28,8)	72 (16,0)	<0,001
b730	Funções da Força Muscular			
	Deficiência Ausente	6 (1,3)	17 (3,8)	
	Deficiência Ligeira	107 (23,7)	250 (55,4)	
	Deficiência Moderada	53 (11,8)	51 (11,3)	<0,001
	Deficiência Grave	251 (55,7)	123 (27,3)	
	Deficiência Completa	34 (7,5)	10 (2,2)	
b735	Funções do Tônus Muscular			
	Deficiência Ausente	286 (63,4)	340 (75,4)	
	Com Deficiência	165 (36,6)	111 (24,6)	<0,001
b755	Funções de Reações Motoras Involuntárias			
	Deficiência Ausente	2 (0,4)	19 (4,2)	
	Deficiência Ligeira	8 (1,8)	28 (6,2)	
	Deficiência Moderada	12 (2,7)	44 (9,8)	0,003
	Deficiência Grave	286 (63,4)	324 (71,8)	
	Deficiência Completa	143 (31,7)	36 (8,0)	
b760	Funções de Controle do Movimento Voluntário			
	Deficiência Ausente	3 (0,7)	17 (3,8)	
	Deficiência Ligeira	10 (2,2)	76 (16,9)	
	Deficiência Moderada	43 (9,5)	118 (26,2)	<0,001
	Deficiência Grave	353 (78,3)	225 (49,9)	
	Deficiência Completa	42 (9,3)	15 (3,3)	
b765	Funções dos Movimentos Involuntários			
	Deficiência Ausente	408 (90,5)	417 (92,5)	
	Com Deficiência	43 (9,5)	34 (7,5)	0,004
b770	Funções Relacionadas com o Padrão da Marcha			
	Deficiência Ausente	93 (20,6)	240 (53,2)	
	Com Deficiência	358 (79,4)	211 (46,8)	<0,001
b780	Sensações Relacionadas com os Músculos e as Funções do Movimento			
	Deficiência Ausente	336 (74,5)	371 (82,3)	
	Com Deficiência	115 (25,5)	80 (17,7)	<0,001
Capítulo 8. Funções da Pele e Estruturas Relacionadas				
b810	Funções Protetoras da Pele			
	Deficiência Ausente	442 (98,0)	448 (99,3)	
	Com Deficiência	9 (2,0)	3 (0,7)	0,031

b820	Funções Reparadoras da Pele			
	Deficiência Ausente	220 (48,8)	423 (93,8)	
	Com Deficiência	231 (51,2)	28 (6,2)	<0,001
b840	Sensações Relacionadas com a Pele			
	Deficiência Ausente	438 (97,1)	446 (98,9)	
	Com Deficiência	13 (2,9)	5 (1,1)	0,008

Não calculámos as prevalências para as Estruturas do Corpo, pois a maior parte dos processos clínicos não possuíam essa informação, nem se faziam acompanhar de meios complementares que permitissem operacionalizar essa avaliação.

A Tabela 104 apresenta as limitações/restrições encontradas nas Atividades/Participação. A frequência das limitações das Atividades/Participação variaram entre 10,4% (*Comunicar e Receber Mensagens Orais*) e 99,6% (*Realizar a Rotina Diária; Utilização de Movimentos Finos da Mão e Utilização da Mão e do Braço*) na avaliação inicial e 8% (*Comunicar e Receber Mensagens Orais*) e 94,7% (*Utilização de Movimentos Finos da Mão*) na avaliação final.

Todas as categorias deste componente e para ambos os momentos de avaliação tiveram frequências de limitação superiores a 5%.

De forma transversal, as maiores limitações ocorreram nas categorias *Realizar a Rotina Diária, Utilização de Movimentos Finos da Mão e Utilização da Mão e do Braço*.

Observaram-se melhorias significativas em todas as categorias com exceção para as categorias *Comunicar e Receber Mensagens Orais, Comunicar e Receber Mensagens Não Verbais, Produzir Mensagens Não Verbais, Relacionamentos Íntimos e Direitos Humanos*, sendo que as últimas quatro não registaram qualquer alteração.

Tabela 104 – Prevalência das limitações do componente *Atividades/Participação*, na admissão e na alta e alteração ao longo do tempo

		Avaliação Inicial	Avaliação Final	Valor p
n (%)				
Capítulo 1. Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento				
d130	Imitar			
	Limitação Ausente	330 (73,2)	366 (81,2)	<0,001
	Limitação Grave	64 (14,2)	36 (8,0)	
	Limitação Completa	57 (12,6)	49 (10,9)	
d155	Adquirir Competências			
	Limitação Ausente	232 (51,4)	277 (61,4)	<0,001
	Limitação Grave	162 (35,9)	125 (27,7)	
	Limitação Completa	57 (12,6)	49 (10,9)	
d177	Tomar Decisões			
	Limitação Ausente	160 (35,5)	227 (50,3)	<0,001
	Com Limitação	291 (64,5)	224 (49,7)	
Capítulo 2. Tarefas e Exigências Gerais				
d230	Realizar a Rotina Diária			
	Limitação Ausente	2 (0,4)	27 (6,0)	<0,001
	Limitação Ligeira	1 (0,2)	3 (0,7)	
	Limitação Moderada	6 (1,3)	16 (3,5)	
	Limitação Grave	158 (35,0)	247 (54,8)	
	Limitação Completa	284 (63,0)	158 (35,0)	
d240	Lidar com o Stress e Outras Exigências Psicológicas			
	Limitação Ausente	10 (2,2)	32 (7,1)	<0,001
	Com Limitação	441 (97,8)	419 (92,9)	
Capítulo 3. Comunicação				
d310	Comunicar e Receber Mensagens Orais			
	Limitação Ausente	404 (89,6)	415 (92,0)	0,063
	Com Limitação	47 (10,4)	36 (8,0)	
d315	Comunicar e Receber Mensagens Não Verbais			
	Limitação Ausente	379 (84,0)	379 (84,0)	1,000
	Com Limitação	72 (16,0)	72 (16,0)	
d330	Falar			
	Limitação Ausente	387 (85,8)	405 (89,8)	0,001
	Com Limitação	64 (14,2)	46 (10,2)	
d335	Produzir Mensagens Não Verbais			
	Limitação Ausente	379 (84,0)	379 (84,0)	1,000
	Com Limitação	72 (16,0)	72 (16,0)	
d360	Utilização de Dispositivos e Técnicas de Comunicação			
	Limitação Ausente	207 (45,9)	236 (52,3)	<0,001
	Limitação Moderada	21 (4,7)	38 (8,4)	
	Limitação Grave	87 (19,3)	72 (16,0)	
	Limitação Completa	136 (30,2)	105 (23,3)	
Capítulo 4. Mobilidade				
d410	Mudar a Posição Básica do Corpo			
	Limitação Ausente	55 (12,2)	168 (37,3)	<0,001
	Limitação Ligeira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Limitação Moderada	10 (2,2)	23 (5,1)	
	Limitação Grave	326 (72,3)	243 (53,9)	
	Limitação Completa	60 (13,3)	17 (3,8)	
d415	Manter a Posição do Corpo			
	Limitação Ausente	64 (14,2)	186 (41,2)	<0,001
	Limitação Moderada	53 (11,8)	124 (27,5)	
	Limitação Grave	268 (59,4)	122 (27,1)	
	Limitação Completa	66 (14,6)	19 (4,2)	
d420	Auto Transferências			
	Limitação Ausente	58 (12,9)	181 (40,1)	<0,001
	Limitação Moderada	46 (10,2)	106 (23,5)	
	Limitação Grave	287 (63,6)	147 (32,6)	
	Limitação Completa	60 (13,3)	17 (3,8)	
d440	Utilização de Movimentos Finos da Mão			
	Limitação Ausente	2 (0,4)	24 (5,3)	<0,001
	Limitação Ligeira	7 (1,6)	49 (10,9)	
	Limitação Moderada	68 (15,1)	83 (18,4)	
	Limitação Grave	287 (63,6)	249 (55,2)	

	Limitação Completa	87 (19,3)	46 (10,2)	
d445	Utilização da Mão e do Braço			
	Limitação Ausente	2 (0,4)	26 (5,8)	
	Limitação Ligeira	19 (4,2)	85 (18,8)	
	Limitação Moderada	44 (9,8)	116 (25,7)	<0,001
	Limitação Grave	349 (77,4)	211 (46,8)	
	Limitação Completa	37 (8,2)	13 (2,9)	
d450	Andar			
	Limitação Ausente	15 (3,3)	60 (13,3)	
	Limitação Ligeira	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Limitação Moderada	13 (2,9)	29 (6,4)	<0,001
	Limitação Grave	262 (58,1)	321 (71,2)	
	Limitação Completa	161 (35,7)	41 (9,1)	
d460	Deslocar-se por Diferentes Locais			
	Limitação Ausente	10 (2,2)	48 (10,6)	
	Limitação Ligeira	2 (0,4)	10 (2,2)	
	Limitação Moderada	10 (2,2)	28 (6,2)	<0,001
	Limitação Grave	268 (59,4)	324 (71,8)	
	Limitação Completa	161 (35,7)	41 (9,1)	
d465	Deslocar-se Utilizando Algum Tipo de Equipamento			
	Limitação Ausente	130 (28,8)	323 (71,6)	
	Com Limitação	321 (71,2)	128 (28,4)	<0,001
Capítulo 5. Auto cuidados				
d510	Lavar-se			
	Limitação Ausente	21 (4,7)	104 (23,1)	
	Limitação Moderada	47 (10,4)	115 (25,5)	
	Limitação Grave	321 (71,2)	213 (47,2)	<0,001
	Limitação Completa	62 (13,7)	19 (4,2)	
d520	Cuidar de Partes do Corpo			
	Limitação Ausente	11 (2,4)	14 (3,1)	
	Limitação Moderada	17 (3,8)	92 (20,4)	
	Limitação Grave	43 (9,5)	114 (25,3)	<0,001
	Limitação Completa	380 (84,3)	231 (51,2)	
d530	Cuidados Relacionados com os Processos de Excreção			
	Limitação Ausente	61 (13,5)	176 (39,0)	
	Limitação Moderada	57 (12,6)	117 (25,9)	
	Limitação Grave	245 (54,3)	130 (28,8)	<0,001
	Limitação Completa	88 (19,5)	28 (6,2)	
d540	Vestir-se			
	Limitação Ausente	38 (8,4)	139 (30,8)	
	Limitação Moderada	69 (15,3)	132 (29,3)	
	Limitação Grave	289 (64,1)	164 (36,4)	<0,001
	Limitação Completa	55 (12,2)	16 (3,5)	
d550	Comer			
	Limitação Ausente	253 (56,1)	320 (71,0)	
	Limitação Moderada	61 (13,5)	63 (14,0)	
	Limitação Grave	116 (25,7)	60 (13,3)	<0,001
	Limitação Completa	21 (4,7)	8 (1,8)	
d560	Beber			
	Limitação Ausente	253 (56,1)	320 (71,0)	
	Limitação Moderada	61 (13,5)	63 (14,0)	
	Limitação Grave	116 (25,7)	60 (13,3)	<0,001
	Limitação Completa	21 (4,7)	8 (1,8)	
d570	Cuidar da Própria Saúde			
	Limitação Ausente	207 (45,9)	236 (52,3)	
	Com Limitação	244 (54,1)	215 (47,7)	<0,001
Capítulo 7. Interações e Relacionamentos Interpessoais				
d760	Relacionamentos Familiares			
	Limitação Ausente	350 (77,6)	342 (75,8)	
	Com Limitação	101 (22,4)	109 (24,2)	0,008
d770	Relacionamentos Íntimos			
	Limitação Ausente	145 (32,2)	145 (32,2)	
	Com Limitação	295 (65,4)	295 (65,4)	1,000
	Não Sabe/Não Responde	11 (2,4)	11 (2,4)	
Capítulo 8. Áreas Principais da Vida				
d860	Transações Económicas			
	Limitação Ausente	3 (0,7)	27 (6,0)	
	Com Limitação	448 (99,3)	424 (94,0)	<0,001

Capítulo 9. Vida Comunitária, Social e Cívica				
d930	Religião e Espiritualidade			
	Limitação Ausente	182 (40,4)	203 (45,0)	
	Com Limitação	219 (48,6)	209 (46,3)	<0,001
	Não Sabe/Não Responde	50 (11,1)	39 (8,6)	
d940	Direitos Humanos			
	Limitação Ausente	336 (74,5)	336 (74,5)	
	Com Limitação	115 (25,5)	115 (25,5)	1,000

A Tabela 105 apresenta as frequências encontradas no componente Fatores Ambientais relativamente ao seu impacto Facilitador, Barreira ou Ambos. A frequência das categorias caracterizadas como Facilitadoras variou entre 0% (*Produtos e Tecnologias para a Cultura, Atividades Recreativas e Desportivas*) e 86,5% (*Apoios e Relacionamentos dos Profissionais de Saúde, Atitudes Individuais de Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade e Atitudes Individuais dos Profissionais de Saúde*).

A frequência das categorias referidas como Barreiras variou entre 0% (*e1 - Produtos e Tecnologias, e3 - Apoios e Relacionamentos e e4 - Atitudes*) e 33,9% (*Produtos e Tecnologias para a Prática Religiosa e Espiritualidade*).

Existiram dez categorias que foram referidas como Facilitadoras e também como Barreiras. Isso aconteceu nos capítulos *Produtos e Tecnologias, Apoios e Relacionamentos e Atitudes*, cujas frequências variaram de 0,4% (*Apoios e Relacionamentos dos Profissionais de Saúde, Atitudes Individuais de Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade e Atitudes Individuais dos Profissionais de Saúde*) a 5,3% (*Produtos e Tecnologias Destinados a Facilitar a Mobilidade e o Transporte Pessoal em Espaços Interiores e Exteriores*).

Em todas as categorias encontrámos indivíduos que não sabiam ou não conseguiam responder de que forma sentiam ou achavam que essas categorias atuavam sobre si. Essas situações tiveram uma variação entre 3,1% (*Produtos e Substâncias para Consumo Pessoal*) e 76,3% (*Atitudes Sociais e Normas, Práticas e Ideologias Sociais*).

Tabela 105 – Prevalência das categorias dos Fatores Ambientais descritos como Facilitadores, Barreira ou Ambos na admissão

		Avaliação Inicial
		n (%)
Capítulo 1. Produtos e Tecnologias		
e110	Produtos e Substâncias para Consumo Pessoal	
	Facilitador/Sem Barreira	382 (84,7)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Ambos	14 (3,1)
	Não Sabe/Não Responde	55 (3,1)
e115	Produtos e Tecnologias para Uso Pessoal na Vida Diária	
	Facilitador/Sem Barreira	382 (84,7)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Sabe/Não Responde	69 (15,3)
e120	Produtos e Tecnologias Destinados a Facilitar a Mobilidade e o Transporte Pessoal em Espaços Interiores e Exteriores	
	Facilitador/Sem Barreira	259 (57,4)
	Barreira/Sem Facilitador	31 (6,9)
	Ambos	24 (5,3)
	Não Aplicável	89 (19,7)
	Não Sabe/Não Responde	48 (10,6)
e125	Produtos e Tecnologias para a Comunicação	
	Facilitador/Sem Barreira	163 (36,1)
	Barreira/Sem Facilitador	28 (6,2)
	Ambos	18 (4,0)
	Não Aplicável	195 (43,2)
	Não Sabe/Não Responde	47 (10,4)
e140	Produtos e Tecnologias para a Cultura, Atividades Recreativas e Desportivas	
	Facilitador/Sem Barreira	0 (0,0)
	Barreira/Sem Facilitador	10 (2,2)
	Não Aplicável	368 (81,6)
	Não Sabe/Não Responde	73 (16,2)
e145	Produtos e Tecnologias para a Prática Religiosa e Espiritualidade	
	Facilitador/Sem Barreira	11 (2,4)
	Barreira/Sem Facilitador	153 (33,9)
	Não Aplicável	222 (49,2)
	Não Sabe/Não Responde	65 (14,4)
e150	Arquitetura, Construção, Materiais e Tecnologias Arquitetônicas em Prédios para Uso Urbano	
	Facilitador/Sem Barreira	217 (48,1)
	Barreira/Sem Facilitador	75 (16,6)
	Não Aplicável	94 (20,8)
	Não Sabe/Não Responde	65 (14,4)
Capítulo 2. Ambiente Natural e Mudanças Ambientais Feitas pelo Homem		
e240	Luz	
	Facilitador/Sem Barreira	346 (76,7)
	Barreira/Sem Facilitador	34 (7,5)
	Não Sabe/Não Responde	71 (15,7)
e245	Mudanças Relacionadas com o Tempo	
	Facilitador/Sem Barreira	364 (80,7)
	Barreira/Sem Facilitador	8 (1,8)
	Não Sabe/Não Responde	79 (17,5)
e250	Som	
	Facilitador/Sem Barreira	371 (82,5)
	Barreira/Sem Facilitador	5 (1,1)
	Não Sabe/Não Responde	75 (16,6)
Capítulo 3. Apoios e Relacionamentos		
e310	Família Próxima	
	Facilitador/Sem Barreira	276 (61,2)
	Barreira/Sem Facilitador	30 (6,7)
	Ambos	13 (2,9)
	Não Aplicável	75 (16,6)
	Não Sabe/Não Responde	57 (12,6)
e315	Família Alargada	
	Facilitador/Sem Barreira	222 (49,2)
	Barreira/Sem Facilitador	20 (4,4)
	Ambos	9 (2,0)

	Não Aplicável	151 (33,5)
	Não Sabe/Não Responde	49 (10,9)
e320	Amigos	
	Facilitador/Sem Barreira	263 (58,3)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Aplicável	129 (28,6)
	Não Sabe/Não Responde	59 (13,1)
e325	Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade	
	Facilitador/Sem Barreira	263 (58,3)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Aplicável	129 (28,6)
	Não Sabe/Não Responde	59 (13,1)
e330	Pessoas em Posição de Autoridade	
	Facilitador/Sem Barreira	147 (32,6)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Aplicável	220 (48,8)
	Não Sabe/Não Responde	84 (18,6)
e355	Profissionais de Saúde	
	Facilitador/Sem Barreira	390 (86,5)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Ambos	2 (0,4)
	Não Sabe/Não Responde	59 (13,1)
e360	Outros Profissionais	
	Facilitador/Sem Barreira	171 (37,9)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Sabe/Não Responde	280 (62,1)
Capítulo 4. Atitudes		
e410	Atitudes Individuais de Membros da Família Próxima	
	Facilitador/Sem Barreira	276 (61,2)
	Barreira/Sem Facilitador	37 (8,2)
	Ambos	17 (3,8)
	Não Aplicável	64 (14,2)
	Não Sabe/Não Responde	57 (12,6)
e415	Atitudes Individuais de Membros da Família Alargada	
	Facilitador/Sem Barreira	222 (49,2)
	Barreira/Sem Facilitador	37 (8,2)
	Ambos	9 (2,0)
	Não Aplicável	134 (29,7)
	Não Sabe/Não Responde	49 (10,9)
e420	Atitudes Individuais de Amigos	
	Facilitador/Sem Barreira	263 (58,3)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Aplicável	129 (28,6)
	Não Sabe/Não Responde	59 (13,1)
e425	Atitudes Individuais de Conhecidos, Pares, Colegas, Vizinhos e Membros da Comunidade	
	Facilitador/Sem Barreira	390 (86,5)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Ambos	2 (0,4)
	Não Sabe/Não Responde	59 (13,1)
e430	Atitudes Individuais de Pessoas em Posição de Autoridade	
	Facilitador/Sem Barreira	147 (32,6)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Aplicável	220 (48,8)
	Não Sabe/Não Responde	84 (18,6)
e450	Atitudes Individuais de Profissionais de Saúde	
	Facilitador/Sem Barreira	390 (86,5)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Ambos	2 (0,4)
	Não Sabe/Não Responde	59 (13,1)
e455	Atitudes Individuais de Outros Profissionais	
	Facilitador/Sem Barreira	171 (37,9)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Sabe/Não Responde	280 (62,1)
e460	Atitudes Sociais	
	Facilitador/Sem Barreira	107 (23,7)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Sabe/Não Responde	344 (76,3)
e465	Normas, Práticas e Ideologias Sociais	

	Facilitador/Sem Barreira	107 (23,7)
	Barreira/Sem Facilitador	0 (0,0)
	Não Sabe/Não Responde	344 (76,3)
Capítulo 5. Serviços, Sistemas e Políticas		
e570	Serviços, Sistemas e Políticas Relacionadas com a Segurança Social	
	Facilitador/Sem Barreira	71 (15,7)
	Barreira/Sem Facilitador	84 (18,6)
	Não Sabe/Não Responde	296 (65,6)
e580	Serviços, Sistemas e Políticas Relacionadas com a Saúde	
	Facilitador/Sem Barreira	257 (57,0)
	Barreira/Sem Facilitador	15 (3,3)
	Não Sabe/Não Responde	179 (39,7)

Após o processo de validação foi possível observar que oito categorias apresentaram uma frequência <5%, todas pertencentes ao componente Funções e que o conjunto onde não observámos diferenças significativas entre os dois momentos avaliativos foi constituído por treze Funções e cinco categorias das Atividades/Participação.

Apesar de termos encontrado muitas categorias dos Fatores Contextuais com uma frequência <5% ou mesmo igual a 0% relativamente ao impacto Barreira, optámos por não excluir nenhuma variável do processo de validação, tendo em conta as percentagens que observámos nas respostas “Ambos” e “Não Sabe/Não Responde”.

A Tabela 106 revela as quatro categorias onde conseguimos detetar uma frequência superior a 5% e que não estão contempladas no atual Core Set. Todas pertencem ao componente Atividades/Participação, sendo uma do capítulo da *Mobilidade* e três pertencentes à *Vida Doméstica*.

Tabela 106 – Categorias Adicionais não contempladas no Core Set

		Avaliação Inicial	Avaliação Final
n (%)			
Atividades/Participação			
d4551	Subir/Descer		
	Limitação Ausente	10 (2,2)	50 (11,1)
	Limitação Presente	441 (97,8)	401 (88,9)
d620	Aquisição de Bens e Serviços		
	Limitação Ausente	5 (1,1)	30 (6,7)
	Limitação Presente	446 (98,9)	421 (93,3)
d630	Preparar Refeições		
	Limitação Ausente	7 (1,6)	48 (10,6)
	Limitação Presente	444 (98,4)	403 (89,4)
d640	Realizar as Tarefas Domésticas		
	Limitação Ausente	10 (2,2)	37 (8,2)
	Limitação Presente	441 (97,8)	414 (91,8)

5. Core Set Geriátrico Abreviado

Resumo. As categorias sugeridas para o Core Set Geriátrico Abreviado em cuidados pós-agudos resultaram dos modelos de regressão logística dos *outcomes* da funcionalidade alcançada. As variáveis que integraram esses modelos foram posteriormente escolhidas tendo em conta os processos de ligação dos instrumentos do estudo e o processo de validação do Core Set Abrangente, cujo resultado final inclui vinte e sete categorias: cinco Funções, quinze Atividades/Participação e sete Fatores Ambientais.

Para a constituição do Core Set Abreviado tivemos em conta as variáveis explicativas dos modelos de regressão dos *outcomes* da funcionalidade, tendo sido avaliados o seu poder preditivo e discriminativo através respetivamente do valor p do teste de *Hosmer-Lemeshow* e da área sob a curva *ROC*, cujos resultados apresentamos na Tabela 107.

Todos os modelos revelaram bons valores preditivos, sendo que o poder discriminativo variou entre aceitável e bom, com exceção para o domínio das *Funções Mentais*. Este domínio apresentou um poder discriminante fraco, apesar de enquanto variável independente a sua presença nos modelos ter sido importante.

Tabela 107 – Resultados do poder preditivo e discriminativo dos modelos de regressão dos *outcomes* da funcionalidade

Domínios	Valor p H-L ¹⁾	AUC ²⁾	IC Assintótico a 95%
Queixas de Saúde	0,354	0,79	[0,75;0,83]
Funções Mentais	0,381	0,62	[0,56;0,67]
Funções Emocionais	0,674	0,75	[0,69;0,80]
Continência	0,453	0,84	[0,79;0,90]
Mobilidade	0,495	0,80	[0,76;0,84]
Auto Cuidados	0,139	0,80	[0,80;0,88]
Comunicação	0,904	0,83	[0,78;0,87]
Vida Doméstica	0,927	0,89	[0,86;0,92]
Áreas Principais da Vida	0,225	0,88	[0,88;0,91]

1) Valor p do teste *Hosmer-Lemeshow*; 2) Valor da área da curva *ROC*

Das 21 variáveis independentes que integraram os modelos explicativos da funcionalidade e respeitando o processo de ligação entre o MAB e a classificação, foi possível organizar uma listagem de 32 categorias: 8 categorias das Funções do Corpo, 17 categorias pertencentes às Atividades/Participação e 7 Fatores Ambientais. Na Tabela 108 apresentamos as variáveis dos modelos de regressão (na sequência em que

surgiram nos modelos) e as categorias da ICF daí resultantes. Só considerámos categorias do 2º nível, conforme sugerido pela OMS para este tipo de Core Sets.

Tabela 108 – Variáveis dos Modelos e Categorias ICF

Variáveis dos Modelos	Categorias ICF	Informação Adicional
Presença de Equipa Multidisciplinar	e355	"Apoio e Relacionamentos" (apoio prático físico ou emocional) dos profissionais de saúde. Não engloba as "Atitudes" das pessoas que dão esse apoio.
Rácio Doentes/Terapeuta	e355	Idem
Prática de Culto	d930	
Internamentos Hospitalares Anteriores	-----	Fator Pessoal
Comunicação Telefónica com a Família	e310; e315; e410; e415	Considerámos a "família próxima" e a "família alargada", quer enquanto "Apoio e Relacionamentos", quer enquanto "Atitudes"
Funções Emocionais	b152	
Mobilidade	d410; d420; d455; d460; d470; e115; e120	Foram consideradas as seis variáveis que fizeram parte da Mobilidade. Considerámos também a necessidade de ortóteses visuais e auditivas (e115) e auxiliares de marcha (e120) para o desempenho destas atividades.
"Usar Telefone"	d360	
Perceção Estado de Saúde Mental	-----	Fator Pessoal
"Gerir Dinheiro"	d860	Só considerámos as "Transações Económicas Básicas", dada a idade e a escolaridade da amostra.
Idade	-----	Fator Pessoal
Atividade Física	d920	
Queixas de Saúde	b210; b230; b280; b820	De acordo com as prevalências observadas no processo de avaliação.
Possuir Crença Religiosa	-----	Fator Pessoal
Perceção Estado de Saúde Física	-----	Fator Pessoal
Funções Mentais	b114	Inclui as funções de orientação do tempo e do lugar.
Auto Cuidados	d510; d530; d540; d550; d570; e115; e120	Foram consideradas as cinco variáveis que fizeram parte dos Auto Cuidados. Considerámos também a necessidade de ortóteses visuais e auditivas (e115) e auxiliares de marcha (e120) para o desempenho destas atividades.
Continência	b525; b620	Inclui a incontinência urinária e fecal
Sexo	-----	Fator Pessoal
Escolaridade	-----	Fator Pessoal
Vida Doméstica	d620; d630; d640; e115; e120	Foram consideradas as quatro variáveis que fizeram parte da Vida Doméstica. A categoria d640 engloba a "lida da casa" e "lavar/tratar da roupa". Considerámos também a necessidade de ortóteses visuais e auditivas (e115) e auxiliares de marcha (e120) para o desempenho destas atividades.

Das 32 categorias iniciais foram excluídas posteriormente 5 categorias: uma porque não foi validada no Core Set Abrangente, as outras porque já fazem parte do Core Set Genérico.

Na Tabela 109 apresentamos a proposta para o Core Set Abreviado que pode ser utilizado em cuidados geriátricos pós-agudos por equipas de reabilitação, cuja

composição engloba então 27 categorias: 5 Funções, 15 Atividades/Participação e 7 Fatores Ambientais.

Tabela 109 – Proposta do Core Set Abreviado para cuidados geriátricos pós-agudos

Componente/Categorias dos Modelos	Categorias Incluídas no Core Set Geriátrico	Categorias Excluídas no Processo de Validação	Categorias Incluídas no Core Set Genérico	Categorias para o Core Set Abreviado
Funções do Corpo				
b114	X			X
b152	X		X	
b210	X			X
b230	X	X		
b280	X		X	
b525	X			X
b620	X			X
b820	X			X
Atividades & Participação				
d360	X			X
d410	X			X
d420	X			X
d455			X	
d460	X			X
d470				X
d510	X			X
d530	X			X
d540	X			X
d550	X			X
d570	X			X
d620				X
d630				X
d640				X
d860	X		X	
d920				X
d930	X			X
Fatores Ambientais				
e115	X			X
e120	X			X
e310	X			X
e315	X			X
e355	X			X
e410	X			X
e415	X			X

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO

A discussão de resultados está organizada em seis secções:

- A primeira secção diz respeito à discussão sobre os Materiais e Métodos;
- Na segunda secção discutimos os resultados dos processos de ligação entre o MAB e a ICF e entre o CSG e o MAB;
- Na terceira secção é apresentada a discussão relativa à caracterização da amostra de acordo com os componentes da funcionalidade da OMS;
- Na quarta secção é discutida a evolução da funcionalidade respeitante ao internamento e aquela que foi alcançada nos diferentes domínios;
- Na secção cinco é discutida a validação do Core Set e a evolução que observámos nas categorias que o compõem;
- Finalmente a secção seis é respeitante à discussão dos resultados do Core Set Abreviado.

1. Discussão dos Materiais e Métodos

Relativamente à metodologia adotada, seguimos aquela que é habitual em estudos de carácter epidemiológico e longitudinal em idosos, tendo em conta a diferenciação por idade e sexo, onde os três grupos etários foram definidos conforme é comum serem avaliadas as coortes nesta população.

Na análise comparativa dos *outcomes* da funcionalidade, considerámos além da idade e do sexo, também o estado civil, enquanto variável demográfica recorrentemente considerada neste contexto, se bem que não se tenha associado em qualquer momento avaliativo de forma importante com as diferentes variáveis dependentes. Introduzimos também a escolaridade para a análise comparativa das diferentes variáveis e domínios da funcionalidade, considerando o nível educacional uma das variáveis que mais se tem imposto naquilo que são as manifestações e as variações do estado de saúde dos indivíduos e das populações.

O trabalho de campo foi realizado nas unidades de Convalescença e de Média Duração e Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), por ser

expectável nestas unidades o internamento de indivíduos com potencial de recuperação, em tempo que nos permitisse essa observação. Desta forma, só considerámos os indivíduos provenientes de um hospital e com sequelas de uma doença, lesão ou trauma agudos, pela possibilidade de podermos observar essas potenciais melhorias, mas sobretudo identificar os fatores com contribuição nesse processo. Desta opção resultaria ainda a oportunidade de oferecer contributos às equipas de reabilitação que lhes permitisse estruturar de uma forma mais sistematizada as suas intervenções.

Também tivemos em conta, o facto de não existirem até à data do início da investigação, estudos que comparassem os resultados funcionais recolhidos pela Rede com outras fontes ou processos de pesquisa. A região do Algarve foi eleita por uma questão de proximidade geográfica com o domicílio da investigadora, pois a recolha de dados além de contemplar dois momentos avaliativos exigia uma supervisão importante.

No sentido de diminuir a probabilidade do erro amostral, foi calculada a dimensão da amostra, face ao período de recolha de dados. Segundo os relatórios de monitorização da Unidade de Missão da RNCCI, foram assistidos na região do Algarve e nas tipologias que dizem respeito ao estudo, durante os anos 2010, 2011 e 1º semestre de 2012, 2773 indivíduos. Considerámos as tabelas descritas por Huot (2002), cuja amostra face à dimensão da população e ao espaço temporal da recolha de dados, deveria conter cerca de 338 indivíduos, caso se considerasse a recolha de forma ininterrupta. Tendo em conta este número podemos afirmar que a amostra recolhida é representativa da população em estudo.

Na construção do questionário de caracterização sociodemográfica contemplámos variáveis que não estavam no MAB e que na conceptualização do estudo mereciam serem investigadas, enquanto variáveis com potencial explicativo da funcionalidade dos idosos. Foram disso exemplo alguns Fatores Pessoais como os hábitos de risco alcoólicos e tabágicos, as co morbilidades associadas à atual condição de saúde, a auto percepção da saúde física e mental, a necessidade de auxílio no desempenho das atividades diárias ou a religiosidade. No que diz respeito aos Fatores Ambientais

considerámos entre outras, a utilização e o tipo de dispositivos de auxílio e a interação com a família durante o internamento.

A escolha dos instrumentos (MAB e Core Set Geriátrico) teve subjacente aspetos que permitissem responder às questões da pesquisa de acordo com os critérios metodológicos adotados e o meio da investigação. As variáveis do MAB foram agrupadas respeitando o atual modelo conceptual de funcionalidade da OMS e a sua abordagem relativa aos *outcomes* finais de funcionalidade/incapacidade, respeitou estudos anteriores com critérios idênticos.

As questões do MAB “locomoção/autonomia física/autonomia instrumental e meios para visão e audição”, não foram recolhidas, pois já tínhamos considerado esta variável de forma independente no questionário sociodemográfico.

Os processos de ligação conceptual entre o MAB e a Classificação, assim como entre o CSG e o MAB, foram processados cumprindo-se as regras de ligação preconizadas pela OMS.

Se relativamente à ligação conceptual ou de conceitos significativos, entre os instrumentos e a Classificação ou entre os seus Core Sets e aqueles, o processo tem sido pacífico e manifestamente uniforme, quando se trata de relacionar os qualificadores da OMS com os quantificadores dos instrumentos, a literatura é escassa e aquela que existe, revela ainda muitas ambiguidades, fruto da ausência de linhas orientadoras para esta abordagem.

A confiabilidade dos qualificadores relativamente à gravidade da deficiência ou limitação tem-se revelado entre fraca a moderada, no que concerne aos resultados da sua reprodutibilidade inter e intra-observador (Okoci, Utsunomiya & Takahashi, 2005; Uhlig et al, 2007; Starrost et al, 2008; Hilfiker et al, 2009), existindo na opinião de alguns autores, algumas categorias da ICF que não são mensuráveis pelos atuais qualificadores (Okoci, Utsunomiya & Takahashi, 2005). Nesse sentido, alguns estudos sugerem que uma alternativa poderá ser a redução do número de qualificadores, como forma de diminuir esta dificuldade (Uhlig et al, 2007; Alviar et al, 2012; Kohler et al, 2013).

Apesar de tudo tem sido possível concluir que a confiabilidade relativamente ao componente Atividades/Participação tem-se revelado superior quando comparada ao das Funções (Okoci, Utsunomiya & Takahashi, 2005; Starrost et al, 2008; Hilfiker et al, 2009; Kohler et al, 2013), independentemente se a recolha dos dados foi feita por entrevista/observação ou por consulta do processo clínico.

De qualquer forma, em nenhum dos estudos consultados encontrámos a preocupação de discutir os aspetos conceptuais relativos aos quantificadores dos instrumentos *versus* qualificadores da Classificação, naquilo que diz respeito à funcionalidade *versus* incapacidade ou aos constructos da capacidade *versus* desempenho, de acordo com o que apresentámos nos Materiais e Métodos. Este aspeto parece-nos fundamental para aferir de uma forma mais correta e real estes processos. Apesar de não termos analisado estatisticamente a confiabilidade da ligação pela qual optámos, ficou implícita a preocupação de respeitar por um lado, os seus atributos individuais, por outro, os aspetos conceptuais que lhe estão subjacentes.

Além desta questão específica relativa aos qualificadores, a aceitação completa dos procedimentos a ter em conta na validação dos Core Sets e na criação das suas modalidades abreviadas, está longe da uniformização e do consenso, apesar de em 2011 o grupo colaborador alemão da OMS para o desenvolvimento e pesquisa da ICF, ter divulgado alguns critérios para essa concretização (Grill & Stucki, 2011).

Nesse trabalho, aquilo que é possível observar é que esses critérios não estão suficientemente claros, adiantando os próprios autores algumas fragilidades, bem como da necessidade de maior pesquisa sobre as características psicométricas que devem ser tidas em conta relativamente a essa tarefa (dificuldade acrescida ao tentar-se adaptar critérios de instrumentos a uma classificação) e que permitam obter resultados com real poder e valor epidemiológico.

Na pesquisa que realizámos acerca da validação dos Core Sets, a metodologia adotada tem sido maioritariamente a metodologia qualitativa, através da técnica de Delphi. Por seu lado, a maior parte daqueles que utilizaram uma abordagem quantitativa fizeram-no aceitando como validadas as categorias com frequência superior a 5%, existindo contudo estudos cujo valor considerado foi de 10% ou mesmo 20%.

O critério dos “5%” tem um significado epidemiológico muito discutível quer enquanto valor, quer enquanto relevância; mesmo que este valor possa reduzir a ocorrência do efeito *floor*, a frequência não é sinónimo de relevância e este limiar percentual pode clinicamente não ser considerado como “suficientemente frequente” (Grill & Stucki, 2011). Outro aspeto ainda a considerar prende-se com a variabilidade que a categoria pode sofrer ao longo do tempo. Ou seja, um aspeto da funcionalidade pode inicialmente ter uma presença pouco frequente, mas vir a alterar-se ao longo do tempo com a intervenção da reabilitação, merecendo por isso ser monitorizado. Daí que devam ser considerados estes dois critérios: a expressão da frequência da deficiência/limitação e o seu comportamento ao longo do tempo. De qualquer forma, adotámos o valor dos “5%”, no sentido de facilitar a comparação de resultados com a maior parte dos estudos.

A escolha das categorias candidatas aos Core Sets Abreviados carecem igualmente e até ao momento, de metodologia fundamentada, sendo que mais uma vez encontrámos abordagens diferentes para este procedimento.

Nesse sentido, o caminho escolhido para atingirmos este objetivo procurou respeitar duas condições importantes e também sugeridas pelo grupo alemão, se bem que tenhamos optado por métodos estatísticos diferentes: o poder discriminativo e a exequibilidade avaliativa das categorias para o contexto do presente estudo. A discriminação refere-se à capacidade de discriminar diferentes estados de funcionalidade ou de condições de saúde ao longo do tempo (Grill & Stucki, 2011), o que inclui que sejam respeitadas a sensibilidade e a especificidade (Maroco, 2010). Desta forma, avalíamos a discriminação usando os modelos de regressão logística multivariada, em que as variáveis independentes foram todas aquelas que contribuíram para explicar os resultados alcançados na funcionalidade, ou as variáveis dependentes, considerando-se paralelamente o seu poder preditivo discriminativo pela área da curva ROC, respeitando os valores sugeridos por Maroco (2010).

Para a exequibilidade considerámos o número de categorias que devem ser respeitadas para um Core Set Abreviado, mas também o contexto avaliativo, o grupo

ou grupos de profissionais que o poderão utilizar e ainda as condições de saúde, conforme recomendado por Rauch et al, 2012.

2. Discussão dos Resultados dos Processo de ligação MAB/ICF e CSG/MAB

a) MAB/ICF

Este processo de ligação revelou que os conceitos significativos contidos nas questões do MAB possuem uma boa relação conceptual com a ICF e que a maioria dessas questões tem ligação com os diferentes componentes da ICF. Esta proximidade conceptual explica-se por duas razões: a primeira porque o MAB recolhe informação de diversos instrumentos, já testados como tendo um bom processo de relação conceptual com a Classificação (Cieza et al, 2002; Scheuringer et al, 2005) e a segunda razão confirma-se pela utilização de uma linguagem clara e objetiva, atributos contidos também na linguagem universal e unificadora que a ICF possui.

O único componente da ICF que não estabeleceu qualquer ligação com as questões do MAB foi o componente *Estruturas do Corpo*. Esta impossibilidade deve-se ao facto do MAB não pretender ser um instrumento informativo de uma condição de saúde, mas um instrumento identificativo e individualizado dos diferentes aspetos da funcionalidade. O diagnóstico das deficiências ou alterações das estruturas exige a maior parte das vezes, exames complementares específicos que saem do âmbito conceptual e estrutural do MAB.

Do processo de ligação estabelecido, observamos que foi possível atingir um bom nível de especificidade relativamente às categorias (2º e 3º nível); só se estabeleceu uma ligação com o 1º nível e isto deveu-se ao facto de se tratar de uma questão aberta, impossibilitando encontrar um único conceito concreto e significativo.

A maioria das ligações MAB/ICF ocorreram nas *Funções e Atividades/Participação*, estando este resultado de acordo com o conjunto instrumental subjacente ao MAB e que é também encontrado em estudos idênticos (Vriendt et al, 2009; Berg et al, 2009)

e porque são estes os componentes mais diretamente ligados ao perfil da funcionalidade desenvolvidos até então. Ou seja, o MAB é contemporâneo da ICIDH-2, onde não eram considerados os Fatores Contextuais, sendo aliás a sua inclusão na atual ICF, um dos aspetos mais determinantes da nova conceptualização acerca da funcionalidade/incapacidade.

As questões do MAB foram ligadas a todos os capítulos das *Funções* da ICF. Esta razão assenta no facto de que o MAB é um questionário, em que o indivíduo tem a possibilidade de exprimir as suas “Queixas” relativamente a todos os órgãos e sistemas, o que viabiliza esta abrangência. Os capítulos das *Atividades/Participação* que estabeleceram maior número de ligações com a ICF foram a *Mobilidade* e os *Autocuidados*, tal como acontece também no estudo de Berg e colegas (2009). Estes domínios são reconhecidos como emergentes na deteção da incapacidade, por reunirem os aspetos mais básicos da independência para as atividades da vida diária.

Só existiram 4 questões no MAB que não estabeleceram ligação e todas relacionadas com as quedas. Este conceito não pode ser atribuído a uma única função, sendo habitualmente a sua ocorrência originada por alterações de variadas funções, (equilíbrio, visão ou audição) ou pela existência de múltiplas categorias contextuais, residindo aqui a dificuldade de ligação com a classificação, mas que importa sinalizar enquanto uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade na população idosa.

b) CSG/MAB

O processo de ligação CSG/MAB obteve-se em cerca de 70% das categorias, se excetuarmos as categorias das *Estruturas*, conforme previamente já explicado.

Analisando essa impossibilidade por componentes, verificamos que as 6 categorias das *Funções* que não tiveram ligação com o MAB pertencem na totalidade ao domínio das *Funções Mentais*. Recorrendo às definições destas categorias e ao facto do MAB ser um questionário/entrevista, encontramos duas razões para este facto. Por um lado, são categorias muito específicas em termos de observação/teste, inviabilizando o seu posicionamento num instrumento como o MAB, por outro lado, são funções que se estiverem alteradas, o indivíduo provavelmente não as verbaliza ou não tem

consciência dessa situação, sendo também essa a razão de não as termos considerado nas *Queixas de Saúde*.

No entanto, é também neste componente e neste domínio que a categoria *Funções da Orientação* estabelece o maior número de ligações com o MAB (n=10); ou seja, o CSG opta pela categoria do 2º nível que engloba várias manifestações de desorientação, não oferecendo distinção entre elas, o que para este grupo populacional se pode tornar pouco discriminativo.

No componente *Atividades/Participação*, catorze das suas categorias não se ligaram ao MAB. Importa referir que as que dizem respeito ao domínio "*Comunicação*" poderão ser analisadas futuramente numa revisão do MAB, pois apesar de existir a possibilidade de serem detetadas na esfera das alterações das funções ("*Queixas de outros Órgãos ou Sistemas*"), existirá dificuldade dos indivíduos as caracterizarem relativamente à capacidade ou desempenho. As outras categorias deste componente, que não obtiveram ligação, poderão ser em futuro próximo facilmente colmatadas, pois dizem respeito a categorias com conceitos muito específicos, mas que já existem de uma forma mais global no MAB, como é o caso "*Cuidar de partes do corpo*" ou "*Beber*".

Existem no entanto duas categorias que não têm presentemente qualquer aproximação no MAB e que a literatura vem referindo como importantes no perfil funcional do indivíduo: a "*Religiosidade e Espiritualidade*" e os "*Direitos Humanos*". São vários os estudos que referem que a integração da espiritualidade/religiosidade deve ser considerada nos processos de avaliação e intervenção terapêutica, pois pode permitir resultados mais positivos, nomeadamente no tempo e frequência de hospitalização (Phillips, 2003; Blazer, 2006; Revheim & Greenberg, 2007). Do mesmo modo, a questão dos *Direitos Humanos* é hoje considerada uma das mais importantes reflexões da OMS, no que diz respeito às considerações éticas de aplicação da ICF e consequentemente dos aspetos éticos ligados à avaliação da funcionalidade e incapacidade (Bickenbach, 2010), se bem que no nosso país este aspeto não constituir de forma abrangente uma limitação ou restrição para os indivíduos.

Globalmente foram os *Fatores Ambientais* que revelaram mais fragilidade no processo de ligação CSG/MAB, onde só dois capítulos estabeleceram ligação ("*Produtos e Tecnologias*" e "*Apoios e Relacionamentos*"), ou seja, onde só cerca de 1/3 das categorias foi ligada. Estes resultados foram também os que apurou Berg et al, 2009, no processo de ligação que estabeleceu entre o InterRAI Home Care e a ICF. Esta inoperância será o resultado, conforme já abordado previamente, de que conceptualmente a criação do MAB nasce ainda na era do modelo ICIDH-2, onde os fatores ambientais, ainda não tinham adquirido a importância e o destaque que posteriormente lhes foi oferecido pela versão de 2001.

Tendo em conta que até ao momento não foi desenvolvido nenhum estudo que contemplasse o MAB nos processos de ligação com a Classificação ou com o CSG, não conseguimos fazer uma análise comparativa com os resultados de concordância que apurámos. No entanto, uma aproximação ao estudo de Okochi et al, 2005, permite-nos dizer que os nossos resultados revelaram valores superiores nesta medida. A razão desta diferença poderá residir no facto de que aqueles autores utilizaram no seu processo de ligação a *Checklist* da Classificação, que não foi estruturada para populações específicas, como é a população geriátrica. Por outro lado e contrariamente, os resultados de concordância foram superiores no estudo de Marques et al, 2013. Aqui, o processo de ligação contemplou o *Elderly Assessment System* (EASY-Care), instrumento concebido para a avaliação multidimensional da população idosa, ao invés do MAB cuja aplicação é mais abrangente em termos populacionais (adultos), podendo ter sido esta a razão da diferença observada entre os dois estudos.

3. Discussão da Caracterização da Amostra

A maior parte das variáveis discutidas neste item, dizem respeito aos componentes da funcionalidade dos constituintes da amostra, na altura em que se encontravam no domicílio.

Relativamente às diferenças entre os grupos de comparação e no que diz respeito aos fatores contextuais, o maior número ocorreu nas diferenças ligadas à idade e ao sexo; de forma global, os mais velhos apresentaram sempre condições mais desfavoráveis na comparação com os mais novos, as mulheres menos protegidas nas condições sociais e os homens mais fragilizados nos aspetos relacionados com comportamentos de saúde.

No componente atividades/participação, as diferenças foram sobretudo observadas na comparação com a idade e a escolaridade; observámos maior incapacidade no desempenho das atividades nos grupos mais velhos e menos escolarizados. A atividade onde os indivíduos revelaram nível mais elevado de funcionalidade foi a atividade alimentar-se/comer e aquela de mais difícil execução foi a utilização de transportes. As diferenças entre sexos neste componente revelou que as mulheres apresentaram uma situação mais desfavorável nas atividades relacionadas com a mobilidade.

O estado civil foi a variável independente que menos contribui para as diferenças entre os indivíduos.

a) Fatores Pessoais

Aspetos demográficos, sociais, culturais e económicos

A média da idade dos constituintes da amostra foi elevada ($79,5 \pm 7,5$ anos), apresentando-se esse valor ainda mais elevado relativamente às mulheres. Portugal já faz parte dos países mais envelhecidos do mundo e esta tendência tende a manter-se ou mesmo a agravar-se (United Nations, 2010). Este resultado também reflete a faixa etária predominante dos internamentos na Rede; desde 2008 a percentagem de indivíduos com 65 ou mais anos é sempre próxima ou superior a 80%, sendo que aqueles com 80 ou mais anos representaram em 2012, 44,5% do total dos indivíduos assistidos (UMCCI, 2012).

A predominância do sexo feminino é habitual nos estudos sobre populações idosas, resultado da sua maior longevidade (Case & Paxson, 2005) e que corrobora a feminização do envelhecimento.

Quanto à conjugalidade, a frequência de idosos sem companheiro foi de 56,8% para a amostra total, sendo superior no grupo dos mais idosos (≥ 85 anos) e nas mulheres,

fruto também da sua maior longevidade. Esta situação tende a progredir com o avançar da idade, devido sobretudo ao estado de viuvez, estando muitas vezes associada a maior dependência e mortalidade (Manzoli et al, 2007). A presença de companheiro (a), influencia o nível de funcionalidade entre o mesmo sexo, da mesma forma que na comparação entre sexos, cujos resultados conforme Pachana et al, 2011, tendem a ser mais favoráveis para as mulheres.

A escolaridade foi muito baixa (mais de 90% dos indivíduos não tinham escolaridade ou esta era inferior a 4 anos), com maior acentuação nos grupos etários mais velhos, mas sem diferenças relativamente ao sexo. Apesar dos Censos de 2011 terem revelado um recuo na taxa de analfabetismo de 9,0% para 5,2%, relativamente a 2001, Portugal mantém elevada proporção de portugueses sem escolaridade, ou com fracas competências escolares nas gerações mais velhas (Fernandes, 2007). Este aspeto deverá constituir um desafio para o desenvolvimento de políticas educacionais das futuras gerações idosas, pois a extensão da escolaridade é um determinante que trará vantagens ao nível da literacia em saúde e, por conseguinte, da saúde das populações (Fernandes, 2007). Não encontramos diferenças na escolaridade relativamente ao sexo, pois o seu índice foi muito baixo na totalidade da amostra, apesar de nos últimos censos se concluir que a taxa de analfabetismo das mulheres é cerca do dobro relativamente aos homens (6,8% contra 3,5%).

A percentagem de idosos a viverem sozinhos no domicílio foi superior quando comparada com o valor nacional disponibilizado pela Rede (29,7% *versus* 21,5%) e mais acentuada no que diz respeito às mulheres e aqueles com conjugalidade só. A maior longevidade das mulheres que precipita a sua viuvez, faz com que vivam mais isoladas que os homens (Tourlouki et al, 2010).

No entanto, a percentagem de indivíduos a passarem mais de 8 horas sozinhos foi mais elevada (32,8%), levando-nos a supor que mesmo aqueles que vivem acompanhados passam muito tempo sós. Serão provavelmente os idosos viúvos que vivem com os filhos, cuja grande parte do tempo é passada fora de casa a trabalhar.

Os mais idosos, as mulheres e os menos escolarizados revelaram possuir mais crença religiosa, sendo a presença desta variável, referida por cerca de 80% dos indivíduos.

No entanto, só cerca de metade dos que referiram possuir crença religiosa, responderam ter prática de culto, cuja percentagem foi mais elevada nas mulheres e nos indivíduos com conjugalidade só.

O interesse e o número de estudos sobre a religiosidade e a espiritualidade no envelhecimento cresceram exponencialmente na última década, encontrando-se numerosos trabalhos que estudam a sua associação com a funcionalidade, o bem-estar, a participação ou a qualidade de vida, quer no contexto da saúde, quer no contexto da doença.

A crença e as práticas religiosas são comuns em Portugal, sobretudo nos grupos etários mais velhos e nas mulheres. Apesar de se observar uma queda “inter” e “intra” geracional da prática religiosa, a religiosidade dos portugueses mantém-se elevada (nas práticas, nas atitudes em relação à igreja e na auto percepção das pessoas enquanto religiosas) (Menéndez, 2007).

O desenvolvimento espiritual e a religiosidade tendem a acentuar-se com o envelhecimento, existindo alguns aspetos da espiritualidade que se intensificam e se associam a este processo (Dalby, 2006). A capacidade espiritual aumenta gradualmente, sobretudo a respeitante à autoaceitação e à integridade (Koenig, 2006). Na essência, a espiritualidade nos últimos anos de vida, consiste em encontrar um significado nuclear da vida e dar esse significado à relação com Deus e com os outros (Manning, 2012).

As mulheres aparecem habitualmente nas investigações, como possuindo mais religiosidade. Esta assunção é argumentada pelo facto de muitos dos aspetos sociais da religião conterem traços femininos, como a obediência e o carinho pelos outros (Beit-Hallahmi & Argyle, 1997, citado por McFarland, 2010). Outra razão relacionada com esta distinção prende-se com a socialização; as mulheres tendem a possuir laços sociais e sistemas de apoio social mais abrangentes, quer dentro da igreja, quer em outros ambientes laicos (Krause, Ellison & Marcum, 2002).

No estudo de Vahia et al, 2011, níveis mais elevados de espiritualidade correlacionaram-se com menores rendimentos, escolaridade mais baixa e ausência de

relacionamentos, especulando os autores que estes resultados são consistentes com situações de vida, onde o recrutamento de estratégias de enfrentamento seja mais elevado.

A prática de culto revelou uma adesão menor por parte dos constituintes da amostra, provavelmente por terem alguma dificuldade em deslocar-se aos locais de culto ou mesmo porque genericamente se tem vindo a observar globalmente um decréscimo na sua participação. De qualquer forma, globalmente as mulheres são mais participativas e coletivas na sua espiritualidade pelas razões já descritas anteriormente (Ray & McFadden, 2001).

Os aspetos económicos e profissionais foram mais desfavoráveis para os mais velhos, para as mulheres e para os menos escolarizados. Cerca de metade dos respondentes revelou não possuir qualquer rendimento, ou este ser inferior a 250 euros mensais. Esta situação foi mais frequente nas mulheres e nos indivíduos sem escolaridade ou escolaridade reduzida. Os idosos constituem dos grupos mais vulneráveis à pobreza devido aos baixos valores das suas pensões, vulnerabilidade essa que se tem vindo a acentuar com a conjuntura económica e social atual. A decomposição de índices de desigualdade confirma a vulnerabilidade da população idosa à pobreza, bem como situações mais desfavorecidas ao estado de saúde e aos níveis de instrução, verificando-se igualmente uma grande disparidade entre sexos, em desfavor das mulheres, sobretudo quando se considera a população idosa no primeiro decil da pobreza (Gonçalves & Silva, 2004). Estes dados refletem a história da acessibilidade à escolaridade no nosso país nas primeiras décadas do século passado, materializada sobretudo no sexo feminino.

Associada aos baixos níveis escolares, encontrámos uma diferenciação profissional pobre (77,4% dos indivíduos com profissões não qualificadas), mais notória também nos dois grupos etários mais velhos. A escolaridade é indubitavelmente indissociável da qualificação e diferenciação profissional, cuja manifestação se observa nas gerações mais velhas, e sobretudo se tivermos em conta a percentagem desses indivíduos que estiveram ligados ao setor primário.

O estatuto socioeconómico refletido pela educação, rendimento e atividade profissional, devem ser considerados como determinantes na longevidade e na mortalidade dos indivíduos (Fernandes, 2007), pois para além da relação importante e intrincada que estabelecem entre si, projetam a possibilidade de acesso aos cuidados de saúde, e relacionam-se com a condição de saúde e a funcionalidade dos indivíduos (Kawachi, Adler & Dow, 2010; Brenes-Camacho, 2011; Welmer et al, 2013).

Comportamentos e eventos relacionados com a saúde

Quase ¼ dos indivíduos referiu ter tido internamentos hospitalares no ano anterior, cujo motivo principal foram as fraturas da extremidade superior do fémur e os AVE. Estas duas causas constituem a maior prevalência de internamentos na população idosa, com uma probabilidade importante de serem recorrentes. Este aspeto aconteceu na presente investigação, pois foram estas as causas que voltaram a ser mais prevalentes no internamento atual.

A média dos dias de internamento na Rede foi cumprida relativamente à tipologia do internamento, sendo mais baixa relativamente aos valores nacionais (35 dias para 44 dias nas unidades de convalescença e 83 dias para 92 dias nas unidades de média duração).

A perceção do estado de saúde física e mental é um indicador recomendado na monitorização da saúde das populações, sendo reconhecida a sua predição na morbilidade, no declínio funcional e na mortalidade dos indivíduos, bem como a sua relação com a qualidade de vida relacionada com a saúde (Lee, 2000; Lyyra et al, 2006).

A perceção da saúde mental foi mais positiva que a da saúde física em ambos os momentos avaliativos e com valores superiores no momento da alta. Os valores na alta refletem as melhorias que os indivíduos foram tendo ao longo do seu internamento, enquanto no primeiro momento avaliativo poderá ter havido uma tendência para a sobrevalorização das respostas desfavoráveis, dado os indivíduos ainda se sentirem muito dependentes e terem acabado de transitar do hospital para a Rede.

Na comparação com os grupos de interesse, só foi encontrada uma diferença; as mulheres na altura da alta perceberam de forma mais desfavorável a sua saúde mental. É comum observar-se esta diferença entre sexos, que tende a acentuar-se com a idade, quer em estudos nacionais (INE, 2009), quer em coortes internacionais (Zaninotto, Falaschetti & Sacker, 2009; Ross et al, 2012), que se associa à maior longevidade feminina, mas também à sua maior incapacidade biológica.

Globalmente o sexo feminino apresentou hábitos ou comportamentos mais salutogénicos no que diz respeito ao consumo de refeições, fumo e álcool, da mesma forma que os mais idosos, relativamente aos dois últimos consumos.

Relativamente ao consumo de tabaco encontrámos valores baixos (15,5%), sobretudo nos mais idosos, nas mulheres e nos menos escolarizados. O consumo do tabaco tende a diminuir significativamente com a idade (Tourlouki et al, 2010), sendo quase inexistente no sexo feminino, promovendo esta cessação maior longevidade e saúde aos indivíduos (Panagiotakos et al, 2011). Por questões culturais e no que diz respeito aos grupos etários mais velhos, o consumo do tabaco é mais comum nos homens e nos indivíduos mais escolarizados, havendo a acrescentar a estes últimos, também a superioridade económica que facilita a sua aquisição.

No nosso país e nas gerações mais velhas, o consumo de álcool aparece ligado substancialmente ao género masculino, por questões culturais, de socialização e económicas, sendo prova disso as doenças e a mortalidade que lhe estão associadas (Fernandes, 2007). Concordante com estes aspetos, observámos que os indivíduos entre os 65 e os 74 anos, os homens e os indivíduos com companheiro (a) referiram um consumo significativamente superior. Concluímos ainda que consumo do álcool foi superior ao do tabaco (28,8% *versus* 15,5%), resultado que não será alheio ao facto de sermos um país com uma produção importante de vinho e termos enraizado o seu consumo nas principais refeições.

A média do nº de refeições por dia, correspondeu à toma das quatro principais refeições diárias, cujo consumo foi superior nas mulheres e nos indivíduos com companheiro (a). Um número elevado de refeições por dia é uma das variáveis contempladas nos hábitos e nas dietas alimentares equilibradas, constituindo uma

referência na triagem dos grupos de risco (Schroll, 2003). Este fator, juntamente com a qualidade dos nutrientes, pode melhorar o controle das doenças crônicas, a saúde e a funcionalidade dos mais idosos (Woo, 2011). Culturalmente, as mulheres estão mais associadas à aquisição e preparação dos alimentos, o que por si só as predispõe a uma maior tendência para consumir mais refeições, da mesma forma que viver acompanhado promove estas atividades.

Mais de metade dos indivíduos referiu necessidade de ajuda no desempenho das atividades diárias, sobretudo as mais complexas. Encontrámos diferenças entre os três grupos etários, cujos resultados mais desfavoráveis foram sempre para os mais velhos.

Conforme já analisado durante a revisão da literatura, o índice ou o nível de dependência nas atividades diárias deveria ser considerado uma variável demográfica, pois o seu conhecimento é um indicador precioso para as políticas sociais e de saúde, para a afetação de recursos e para a organização e implementação de estratégias de intervenção.

Contudo, a comparação direta das prevalências da incapacidade entre os estudos, torna-se difícil, pois nem sempre as coortes abrangem os mesmos limites etários, as variáveis em estudo diferem, as amostras pertencem a contextos e condições de vida diferentes e mesmo os aspetos conceptuais subjacentes, mantêm-se longe da uniformização.

Um exemplo desta ambivalência encontrámos na análise do questionário do último Censos do nosso país. Além das questões direccionadas para o desempenho das atividades terem ficado aquém daquilo que seria desejável, interpelam esta temática de forma pouco clara. Esta abordagem ficou restrita a seis questões, onde detetamos imprecisões conceptuais; são apelidadas de atividades diárias, questões que dizem respeito às funções (ver, ouvir, memória/concentração, compreender/fazer-se entender) e mesmo a estas, parece ser atribuída uma definição passível de contestação.

A função fisiológica "*memória*" é diferente da função "*concentração*", da mesma forma que "*compreender*" difere nos seus mecanismos fisiológicos de "*fazer-se*

entender". Apesar de *"ouvir"* ser na definição da ICF uma atividade que reflete a capacidade de *"aprendizagem e aplicação de conhecimentos"*, mantemos alguma reserva se foi esse o seu entendimento.

Se aceitarmos estes axiomas, sobram então duas questões direcionadas para as atividades: andar e tomar banho/vestir-se. Mas, também aqui o rigor conceptual e os aspetos da funcionalidade, entenda-se função e atividade/participação, estão enviesados.

A pergunta *"tem dificuldades em andar ou subir degraus"*, encerra duas ações que não podem ser consideradas em conjunto, quer do ponto de vista dos recursos fisiológicos, quer relativamente aos requisitos do seu desempenho.

A mesma situação repete-se quando se indaga se *tem "dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho"*. Julgamos que estas críticas merecem uma reflexão importante, sobretudo se pensarmos nas disparidades que podem encerrar, quando falamos de populações tão diferenciadas, quanto são os idosos ou as pessoas com deficiências.

De qualquer forma, os nossos resultados parecem ser mais favoráveis do que os relativos ao último Inquérito Nacional de Saúde no que diz respeito à ausência de incapacidade (41,8% *versus* 38%) (Nogueira & Reis, 2011), da mesma forma que na comparação com os resultados censitários de 2011 para o território nacional na faixa dos 65 ou mais anos (41,8% *versus* 50%).

As funções necessárias para o desempenho das atividades instrumentais são mais complexas e abrangentes que aquelas que facilitam a autonomia/independência da capacidade nas atividades do auto cuidado, sendo portanto previsível que os indivíduos manifestem aí níveis mais elevados de incapacidade. Mesmo no conjunto das atividades instrumentais, as funções implicadas na sua concretização são diferentes; gerir o dinheiro ou a medicação têm recursos cognitivos diferentes, na comparação com as atividades domésticas (cozinhar, lavar, limpar a casa), onde as funções requeridas são também exigentes no âmbito neuromúsculoesquelético.

Segundo a revisão de Vermeulen et al, 2011, as alterações das funções que mais se associam ao desempenho das atividades são sobretudo a velocidade da marcha e as

funções de tolerância ao exercício, seguidas do baixo peso, da força muscular e do equilíbrio.

Além das funções, outros fatores devem ser analisados e associados ao desempenho das atividades: fatores pessoais, como a presença de doença crônica, a multimorbilidade, a polimedicação, hábitos de vida e fatores ambientais como o ambiente físico, social e atitudinal, conforme descritos pela ICF (Tas et al, 2007; Balzi et al, 2010).

A necessidade de ajuda para o desempenho das atividades é associada em todos os estudos com o aumento da idade (Botelho, 2000; Oliveira et al, 2010; Nogueira & Reis, 2011; Strobl et al, 2013), sendo que essa associação é suportada pelos fatores que anteriormente descrevemos. O sexo é outra variável que consistentemente aparece nos estudos associada ao desempenho das atividades e que no nosso estudo não ocorreu. Como veremos posteriormente na análise detalhada das diferentes atividades, as diferenças na funcionalidade entre sexos ocorreram basicamente ligadas à mobilidade/locomoção (andar em casa, na rua, em escadas e em transportes), sendo que as atividades comumente contempladas nos estudos não englobam estas tarefas ou não as discriminam de forma explícita.

A história de quedas durante o último ano foi elevada (53,4%), tendo a maioria ocorrido há menos de 1 ano (52,7%), cujo principal motivo foram causas externas (29,4%) e deixando como sequelas, alterações da mobilidade (35,9%).

Aproximadamente 30% dos idosos com 65 ou mais anos e a viverem no domicílio, caem pelo menos uma vez por ano (Gillespie et al, 2012), sendo esse número substancialmente maior, quando nos referimos aos idosos institucionalizados (Cameron et al, 2012). Os nossos resultados aparecem sobrevalorizados, pois a principal causa de internamento dos constituintes da amostra, relaciona-se com as quedas. Outra razão que poderá ter contribuído para esta prevalência, foi a necessidade de auxiliares de marcha. A utilização deste recurso é apontada por alguns autores, como podendo duplicar o risco de quedas e consequentemente de fraturas (Deandrea et al, 2010; Letts et al, 2010) e na presente investigação, os indivíduos que identificaram essa necessidade foi elevado.

Encontrámos os mais idosos a referirem uma ocorrência superior na comparação com os grupos mais novos, conclusão que já tínhamos recolhido no estudo piloto de 2011 (Fontes, Botelho & Fernandes, 2011a)), da mesma forma que aqueles que não tinham companheiro (a).

O aumento da idade é apontado transversalmente na literatura, como estando relacionado com estes acontecimentos (Berry & Miller, 2008; Gillespie et al, 2012), com uma projeção exponencial em ambos os sexos, independentemente das diferenças ambientais ou geográficas. A associação que se observa entre a idade e o risco de queda/fratura, deve-se à alteração de diversos órgãos ou sistemas, entre eles, os que ocorrem a nível da visão, proprioceção, sistema vestibular e força muscular, todos intimamente relacionados com o equilíbrio.

O estado civil isolado (viúvo/separado/solteiro) apresentou no nosso estudo associação com a presença de quedas. De facto, alguns estudos sugerem que a presença de um (a) companheiro (a), pode constituir um fator protetor para este risco (Bloch et al, 2010), para o bem-estar relacionado com a saúde e até para a mortalidade nos idosos (Manzoli et al, 2007) assente no apoio e supervisão que pode proporcionar.

Na literatura é habitualmente referenciado que as mulheres caem mais (Dhanwal et al, 2011), se bem que em idades mais avançadas essa diferenciação tenda a esgotar-se (Lethola et al, 2006), conforme observámos nos nossos resultados.

A natureza multifatorial das quedas na população idosa é habitualmente dividida em três dimensões: fatores intrínsecos, extrínsecos e de exposição (Todd & Skelton, 2004). No presente estudo a percentagem com maior responsabilização recaiu nas causas externas. Associamos este resultado à presença elevada de dispositivos de marcha, pois conforme já referido pelos estudos de Deandrea et al, 2010 e de Letts et al, 2010, a utilização deste recurso é apontada como um dos riscos extrínsecos mais comuns. No entanto, importa salvaguardar que essa possibilidade não deve ser considerada de forma isolada, mas associada às deficiências das funções e das estruturas que habitualmente lhes está associada, como sejam o défice de equilíbrio e a fraqueza muscular. De qualquer forma, o que nos parece importante realçar é que a equipa envolvida na prescrição e no treino adequado dos dispositivos de auxílio da marcha,

tenha em conta os múltiplos fatores necessários ao seu correto desempenho, pois só dessa forma serão considerados verdadeiros promotores da independência funcional.

A prevalência de quedas durante o internamento foi reduzida, quando comparada com o valor nacional disponibilizado pela Rede (8,9% *versus* 15%). Este valor tem vindo a descer ao longo dos anos (em 2009 chegou a ser de 27%), fruto provavelmente das intervenções formativas relativamente a esta temática.

O número de co morbilidades foi muito baixo, não atingindo a unidade. Este resultado parece-nos estar subvalorizado tendo em conta a elevada idade dos indivíduos e o número de acidentes vasculares, onde habitualmente coexistem várias condições de saúde precipitantes. Este dado foi recolhido dos processos clínicos e talvez tenha sido essa a razão. Julgamos que se fossem os indivíduos a relatar este evento, teríamos encontrado um valor superior. A informação contida nos processos é muitas vezes escassa e as condições de saúde centram-se quase exclusivamente no diagnóstico atual.

As condições de saúde que constituíram o motivo de internamento na Rede dicotomizaram-se basicamente entre as fraturas da extremidade superior do fémur e os AVE, com diferenças entre os grupos de interesse.

O número de fraturas foi superior nos grupos etários mais velhos, nas mulheres e naqueles com conjugalidade só. As fraturas aparecem ligadas à ocorrência de quedas e já discutimos anteriormente as variáveis que lhe estão associadas.

Os AVE continuam com uma prevalência elevada no nosso país e a corresponder à primeira causa de morte, constituindo o aumento da idade um dos fatores de risco mais importantes (Oliveira, 2012). Os motivos que constituíram a causa de internamento estão de acordo com as características etárias da amostra.

b) Fatores Ambientais

Produtos e Tecnologias

Cerca de dois terços dos indivíduos (65,6%) referiram necessitar de um dispositivo de auxílio para o desempenho das suas atividades diárias, onde aqueles assinalados como

indispensáveis foram sobretudo e de forma isolada, as ortóteses visuais (64,5%) e os auxiliares de marcha (56,3%). De salientar que nestas percentagens se incluem 25,1% de indivíduos que manifestaram necessidade conjunta destes dispositivos.

A facilidade no acesso e o desenvolvimento tecnológico dos dispositivos de auxílio, tem aumentado a sua utilização, permitindo à população idosa manter níveis de autonomia cada vez mais elevados e prolongados no tempo, sendo globalmente em termos de recursos financeiros, menos dispendioso que a ajuda pessoal.

Encontrámos valores superiores na utilização destes dispositivos nos dois grupos mais velhos, face aos indivíduos dos 65-74 anos (mas não entre si) e também nas mulheres.

O recurso aos dispositivos ou tecnologias assistivas - sobretudo ortóteses visuais, auditivas e auxiliares de marcha - aumenta com a idade, fruto das alterações estruturais e fisiológicas a ela associadas.

Apesar de não termos possibilidade de comparar a prevalência encontrada, com outros estudos nacionais e ser muito dispare o que encontramos internacionalmente, as alterações visuais e consequentemente a necessidade de ortóteses para as minorar, são comuns e fortemente associadas à idade, sendo frequentemente encaradas como a "*awareness of getting old*" (Diehl & Wahl, 2010). Embora as disfunções visuais aumentem com a idade, a sua maioria é passível de ser corrigida com óculos, podendo não inibir de forma importante o desempenho e a participação dos indivíduos (Wallhagen et al, 2001). Acerca desta associação tivemos oportunidade de desenvolver um estudo piloto com a presente amostra, cujos resultados corroboraram esta possibilidade (Pinheiro & Fontes, 2013). Alguns estudos apontam uma prevalência superior do sexo feminino relativamente aos problemas da visão (Dunlop et al, 2002; Evans et al, 2002; Lopez et al, 2011), que se pode associar sobretudo à sua maior longevidade, mas também a uma maior procura dos cuidados de saúde, o que faz aumentar a oportunidade de utilizarem estes dispositivos (Vela et al, 2012).

Os auxiliares de marcha são prescritos para ajudar a autonomia e a funcionalidade, nos aspetos relacionados com o padrão da marcha, o equilíbrio, a distribuição da carga, ou o alívio da dor. A prescrição/utilização dos auxiliares de marcha implicam uma

cuidadosa parceria com as funções cognitivas e neuromúsculoesqueléticas, pois se assim não for, podem associar-se ao risco de queda e lesão (Bateni & Maki, 2005; Stevens, et al, 2009; Faruqui & Jaebon, 2010); o ato de levantar e avançar o dispositivo provoca destabilização nas forças biomecânicas, alterando o equilíbrio e desviando a atenção para o seu controlo (Bateni & Maki, 2005). Além disso, os auxiliares de marcha interferem com a força e o balanceio automático dos membros superiores e constituem uma sobrecarga osteoarticular e músculo tendinosa (Bateni & Maki, 2005).

São muitos os idosos que decidem de forma independente começar a utilizar um auxiliar de marcha, muitas vezes de forma errada e cujas condições nem sempre estão adequadas, condições que se juntam às anteriores para o risco de quedas e lesões.

Bradley & Hernandez (2011), propõem um algoritmo para a correta prescrição/utilização dos dispositivos de marcha, assente em duas condições/variáveis determinantes: a necessidade de um ou dois membros superiores e a possibilidade de suportar a carga. A dimensão da necessidade destas condições (mínima, intermitente, quase sempre ou constante), permite encaminhar a escolha adequada do auxiliar de marcha e assim reduzir o risco que ele pode provocar.

A presença de auxiliares de marcha, tal como de dispositivos visuais está fortemente relacionado com a idade, fruto das disfunções neuromúsculoesqueléticas que daí decorrem, mas também associada a determinadas condições de saúde mais prevalentes com o aumento da idade – condições artríticas e artroses – ou como sequela de algumas condições adquiridas – fraturas ou AVE. A justificação da maior prevalência no sexo feminino é partilhada basicamente pelas mesmas causas atribuídas à idade.

A par das deficiências visuais, as deficiências da audição são reconhecidas como tendo uma prevalência importante na população idosa, o que poderá levar à utilização de dispositivos de compensação. No entanto, só encontramos 4,1% dos indivíduos com este auxílio, apesar de como veremos posteriormente, 14,4% dos indivíduos manifestaram queixas auditivas. Este resultado parece indicar que o diagnóstico e o acesso às ortóteses auditivas parecem ser mais escassos e provavelmente os

indivíduos também o subvalorizam, achando que se trata de um aspecto inerente à sua idade.

Apoios e relacionamentos

A necessidade de auxílio no desempenho das atividades, é prestado fundamentalmente pelos filhos (34,0%), mais refletido no grupo dos mais velhos, das mulheres e dos viúvos (as) e pelos cônjuges (30,9%), fundamentalmente no grupo dos mais novos, dos homens e dos casados. O apoio dos familiares correspondeu no seu conjunto a 80,9% dos casos, sendo aquele prestado por via institucional observado em 5,3% das situações. Estes valores diferem daqueles que a Rede apresenta para o contexto nacional, onde é referido que o apoio da família ocorre em 63% dos casos e o apoio institucional é oferecido a 13% dos indivíduos (UMCCI, 2012).

Independentemente a quem se dirigem os cuidados, a literatura é unanime em reconhecer que o papel do cuidador informal principal, se liga fundamentalmente às mulheres (Hoffman & Rodriguez, 2010), se bem que em idades mais avançadas, se observe um aumento substancial por parte dos homens relativamente às suas companheiras, sobretudo na prestação dos auto cuidados (Hoffman & Rodriguez, 2010).

Contudo, apesar do empirismo desta conclusão, as explicações para as diferenças do cuidado informal relativas ao género, assentam sobretudo em argumentações tautológicas, que indicam que o cuidado não faz parte das expectativas sociais do homem (Martin, 2005).

A afinidade entre a longevidade, as mulheres e a viuvez propicia que a ajuda familiar seja disponibilizada fundamentalmente pelas filhas. Pela mesma proximidade mas por motivos contrários, os mais novos, sobretudo os homens, com maior possibilidade de terem companheira, vêm a necessidade do apoio poder ser por elas concedido. Além da relação familiar e de género, a coresidência é também um fator decisivo para a opção do cuidador (Martin, 2005), pressupondo uma vivência em comum cuja proximidade física e afetiva se estabelece no cuidar e que para os viúvos se reflete nos filhos, enquanto para os casados nos cônjuges.

A manutenção do apoio informal tem suscitado nos últimos anos várias questões e debates que assentam entre outras na sua sustentabilidade. As mudanças verificadas nos últimos anos nas esferas demográfica, social, familiar e económica, mostram uma indisponibilidade cada vez maior para o denominado “potencial de cuidados familiares”, que compromete o tão desejado “envelhecer em casa” (Armayer, Vivar & Durán, 2011). Por outro lado, a sustentabilidade dos recursos institucionais apoiadas pelo estado social, tem progressivamente e de uma forma cada vez mais vertiginosa, dado mostras da sua falência. Encontrar o equilíbrio entre o apoio institucional e o suporte e o apoio informal, é um grande desafio dos próximos anos das políticas sociais do envelhecimento.

Atitudes

Este domínio foi avaliado pela interação com a família durante o processo de internamento, quer através de visitas regulares, quer por comunicação telefónica. A maior parte dos indivíduos (88,0%) foi visitado semanalmente pela família e sobretudo mais de 3 vezes por semana. No entanto, aqueles que não tinham companheiro (a) ou eram menos escolarizados, apresentaram-se menos protegidos nesta situação. A rede social associada à viuvez e os recursos económicos associados à escolaridade, poderão ter contribuído para estes resultados. Salientamos o facto de o estudo ter sido desenvolvido em cidades pequenas, com redes de transportes públicos escassas, além de que muitos dos indivíduos eram provenientes de aldeias limítrofes, com acessibilidades ainda mais débeis.

A manutenção dos laços afetivos com a família durante o internamento, ajuda à conservação dessa vinculação, podendo interferir de forma positiva nos resultados finais da recuperação e na demora média do internamento.

Os contactos telefónicos com a família durante o internamento foram substancialmente mais escassos; 40,8% dos idosos referiram nunca terem estabelecido qualquer contacto deste tipo, sobretudo no grupo dos mais idosos, nos homens, naqueles com conjugalidade só e nos menos escolarizados. Voltamos a suportar estas diferenças nas redes sociais e familiares, bem como nas condições económicas.

A diferença entre os dois tipos de contactos traduz também a forma como os mais idosos se relacionam; a manutenção das relações de forma presencial é superior face à utilização das tecnologias de comunicação, que terão por base dificuldades económicas e de adaptabilidade a essas tecnologias. A diferença entre estes dois tipos de contactos durante a institucionalização, já tinha sido encontrada também por Tseng & Wang, 2001.

A maior parte dos indivíduos referiu possuir um confidente, se bem que os mais velhos, os de conjugalidade só e os de escolaridade mais baixa, apresentaram condição mais desfavorável sobre este aspeto. Os filhos são quem habitualmente partilha as confidências com os pais viúvos, mas os mais novos, os homens e os casados, fazem-no preferencialmente com os cônjuges. A associação deste conjunto de variáveis é consensual com aquilo que observamos na literatura no que respeita ao suporte social, e onde se incluem por sua vez diferentes patamares relacionais, como são a rede social, os contactos sociais significativos, a existência de confidentes ou a companhia humana.

c) Funções do Corpo

Continências

Enquanto estavam no domicílio, foram poucos os indivíduos a referirem incontinência urinária (IU) (6,9%), contudo os mais idosos, as mulheres e os menos escolarizados referenciaram mais esta disfunção.

A prevalência da IU apresenta resultados muito diferentes na literatura, reflexo das diferentes abordagens metodológicas e das variáveis de associação em estudo (Smith et al, 2010), sendo contudo unânime que é mais prevalente no sexo feminino (Botelho, 2000; Chang et al, 2008; Smith et al, 2010; Fontes, Botelho & Fernandes, 2011b)) e aumenta exponencialmente com a idade e a dependência funcional (Dumoulin et al, 2008). Contudo, a linearidade e a causalidade entre a funcionalidade e a IU continua por esclarecer, mantendo-se a dúvida se é esta quem determina níveis de funcionalidade mais baixos, ou se serão estes quem predispõem para a deficiência, se bem que as suas presenças coexistam e sejam muitas vezes contemporâneas.

Contrariamente ao estudo piloto que realizámos com 102 idosos em 2011 (Fontes, Botelho & Fernandes, 2011b)), os grupos etários mais velhos apresentaram sempre prevalência superior de IU na comparação com os mais novos. Esta associação é descrita de forma transversal na literatura, tendo subjacente razões de ordem estrutural - enfraquecimento dos músculos vesicais e dos esfíncteres; atrofia vaginal e uretral e aumento da próstata - bem como razões de ordem fisiológica - dificuldade na retenção e esvaziamento da bexiga e aumento do volume residual de urina (Botelho, 2007).

Da mesma forma que o aumento da idade, também a superioridade feminina na IU é consensual, decorrente das razões biológicas acima descritas, às quais acresce para as mulheres, a multiparidade, a histerectomia e as alterações hormonais decorrentes da menopausa (Minassian, Stewart & Wood, 2008).

A percentagem de IU foi superior nos indivíduos sem escolaridade, na comparação com os grupos escolarizados, sendo esta conclusão idêntica a outros estudos (Fultz et al, 1999; De Gagne et al, 2013). Os níveis educacionais frágeis, aos quais habitualmente se associam também recursos económicos mais baixos, precipitam os indivíduos a terem menor disponibilidade de acesso ao diagnóstico e às estratégias de intervenção ou reabilitação.

Os resultados na incontinência fecal (IF) foram idênticos aos encontrados na IU, no entanto só acusando diferenças na idade e na escolaridade. Apesar de menos prevalente que a IU e por isso sujeita a menos estudos, a IF aparece muitas vezes associada à idade e a algumas condições de saúde, como a diarreia crónica ou a diabetes (Østbye et al, 2004) alterando negativamente e de forma importante a funcionalidade dos indivíduos.

A literatura referencia que as alterações decorrentes do processo de envelhecimento mais importantes e relacionadas com as funções gastro intestinais são a disfagia, o refluxo gastro esofágico, a obstipação e a incontinência fecal (Rayner & Horovitz, 2013). Apesar de não se conhecer a idade precisa em que estas manifestações começam a ser sentidas, nos nossos resultados, os idosos com 85 ou mais anos

apresentaram esta deficiência de forma significativamente superior na comparação com os grupos mais novos.

Tal como na IU, os idosos sem qualquer escolaridade manifestaram-se também mais desfavoráveis na IF, sendo que julgamos que os motivos se mantêm também associados à diminuta disponibilidade para aceder a intervenções que possam minorar esta deficiência.

A semelhança de valores que encontrámos na prevalência da deficiência das duas incontinências, poderia fazer supor que ocorreu a presença contemporânea destas duas disfunções num número elevado de indivíduos. Contudo, não dispomos dessa informação, apesar de alguma literatura referir percentagens importantes para esta possibilidade, pois a existência de uma das continências pode precipitar o aparecimento da outra (Roberts et al, 1999; Teunissen et al, 2004).

d) Atividades/Participação

Já referimos anteriormente que o grupo etário mais velho e o grupo sem escolaridade apresentaram globalmente níveis mais elevados de limitação. No entanto, em algumas atividades, as diferenças entre o grupo etário de idade ≥ 85 anos e o grupo dos 75-84 anos nem sempre existiu, da mesma forma que não existiram em algumas atividades, diferenças entre os dois grupos mais novos. Estes resultados sugerem que as dificuldades que podem surgir para o desempenho de algumas atividades estabilizam a partir dos 75 anos, enquanto para outras, só se observa a partir dos 85 anos.

Relativamente à escolaridade observámos idêntica manifestação; os idosos sem qualquer escolaridade revelaram globalmente mais dificuldades, mas entre os dois grupos escolarizados o nível de funcionalidade foi muitas vezes similar. Para este resultado também terá contribuído a prevalência muito baixa de indivíduos com escolaridade superior a quatro anos. A literatura é consistente na associação entre o nível educacional e os resultados em saúde, se bem que na revisão de Kawachi, Adler & Dow (2010), sejam colocadas algumas interrogações interessantes sobre esta relação; que conhecimentos e competências são de facto importantes para se observarem *outcomes* positivos na saúde ou em que altura essas competências devem ser adquiridas por forma a manterem ou a criarem esses resultados.

A diferença de resultados associada ao estado civil só ocorreu em duas atividades: usar transportes e usar telefone. No estudo de Pachana et al, 2011, conclui-se que os idosos com companheiro (a) revelam menos dificuldades no desempenho das atividades diárias, se bem que essa manifestação seja diferente entre homens e mulheres.

A par da idade, o sexo é uma das características demográficas com maior peso na diferenciação da autonomia dos idosos, tendendo positivamente para os homens (Nybo et al, 2001; von Strauss et al, 2003; Aijanseppa et al, 2005; Wister & Wanless, 2007;). Os nossos resultados corroboram esta conclusão exclusivamente no domínio da mobilidade, mas não no contexto das restantes atividades diárias. Encontrámos contudo estudos, que apontam maior autonomia/independência para as mulheres (Pachana et al, 2011), ou então, onde essa diferenciação não é muito notória (Botelho, 2000), sobretudo acima dos 75 ou mais anos (Fontes, Botelho & Fernandes, 2013).

Mobilidade

A incapacidade nas atividades relacionadas com a mobilidade teve uma amplitude grande, variando de 9,7% para a atividade “andar em casa” e 48,4% para a atividade “utilizar transportes”. Os mais velhos e os menos escolarizados apresentaram-se sempre mais vulneráveis, da mesma forma que as mulheres em algumas atividades e aqueles com conjugalidade só, no que diz respeito à utilização de transportes.

Se excluirmos esta última atividade, os resultados para a autonomia/independência na mobilidade foram positivos, cujos valores mais baixos ocorreram na subida/descida de escadas. A dificuldade nesta tarefa pode ocorrer em função das várias deficiências que a compõem, como força, sensibilidade, equilíbrio, coordenação ou visão, mas também associada algumas condições crónicas, como a artrose ou artrite e ainda a depressão. Estes processos inibem a capacidade e o desempenho de algumas tarefas, sobretudo daquelas que são executadas no exterior e que estiveram de acordo com nossos resultados. A par das estratégias habituais para a melhoria da locomoção, a força dos membros superiores, nomeadamente da preensão das mãos, deverá ser avaliada e se necessário melhorada. Esta função permite identificar os riscos associados à limitação da mobilidade (Sallinen et al, 2010) na medida em que é fundamental no correto

desempenho dos auxiliares de marcha e na utilização de corrimãos, correntemente utilizados pela população idosa.

A percentagem elevada de indivíduos que revelou incapacidade para a utilização de transportes, leva-nos a crer que não podemos ter só em conta as deficiências das funções que a podem precipitar, mas também aspetos ligados à literacia necessária para a condução de veículos ou ao rendimento económico inerente à utilização de transportes públicos, indicadores que se apresentaram bastante desfavoráveis para os constituintes da amostra.

As investigações sugerem que as idades mais avançadas, os níveis baixos de escolaridade e o sexo feminino se associam a maior vulnerabilidade na mobilidade (Aijanseppa et al, 2005; Zunzunequi et al, 2006; Palacios-Cena et al, 2012). Apesar dessas associações, nos últimos anos e no que diz respeito à idade, têm surgido estudos que apontam para uma estabilização ou mesmo diminuição desse declínio funcional, fruto, entre outros, do maior apoio das tecnologias assistenciais e de intervenções clínicas e farmacológicas mais eficazes (Freedman et al, 2008; Schoeni, Freedman & Martin, 2008; Hung et al, 2011). Contudo, os nossos resultados revelaram que os grupos etários mais velhos se apresentaram sempre mais vulneráveis na comparação com os grupos mais novos, com exceção para a locomoção em casa e na rua, onde o comportamento dos dois grupos mais velhos foi idêntico entre si.

As mulheres apresentaram-se mais vulneráveis que os homens em quatro das seis atividades (andar em casa, na rua, em escadas e na utilização de transportes), sendo este resultado corroborado por outros estudos (Zunzunequi et al, 2006), sobretudo quando vivem sós (McLaughlin et al, 2011) e cujas razões mais abrangente já discutimos previamente.

Os indivíduos sem qualquer escolaridade apresentaram valores mais baixos de autonomia/independência face aos dois grupos escolarizados e estes mostraram comportamentos similares, com exceção para a “utilização de transportes”. A necessidade de possuir pelo menos 4 anos de escolaridade para se ter acesso à carta de condução, pode ter contribuído para esta discriminação.

Autocuidados

A incapacidade nas diferentes atividades relacionadas com os autocuidados foi mais equilibrada do que a que encontramos na mobilidade. Os resultados mais desfavoráveis aconteceram no “banho” (28,4%) e o nível mais baixo de incapacidade foi observado no “comer/alimentar-se” (8,7%).

De entre as atividades do auto cuidado, a higiene pessoal, concretamente o banho, é recorrentemente referida como a que maior limitação produz e que pode preceder outras dificuldades (Naik, Concato & Gill, 2004).

Desta forma, as equipas de reabilitação deverão estabelecer processos de sinalização precoce e intervenções sistematizadas, por meio de estratégias compensatórias como as tecnologias assistenciais ou as modificações ambientais.

As diferenças entre os grupos de interesse só foram observadas na idade e na escolaridade, estando esta observação de acordo com o que habitualmente é descrito na literatura (Zunzunequi et al, 2006; Palacios-Cena et al, 2012). Os mais velhos (≥ 85 anos) apresentaram-se em todas as atividades com maior incapacidade, face aos dois grupos mais novos, sendo que estes revelaram comportamentos semelhantes na dependência do banho, na utilização da sanita e na alimentação.

Os indivíduos sem qualquer escolaridade foram em todas as atividades dos autocuidados mais dependentes, na comparação com os dois grupos escolarizados. Estes por sua vez apresentaram-se idênticos na funcionalidade destas variáveis, constituindo exceção a variável “tomar os seus medicamentos”, cujos resultados mais desfavoráveis ocorreram para os menos escolarizados. Esta observação corrobora a necessidade de saber ler/interpretar, como imprescindível para o reconhecimento da medicação, podendo residir aqui a explicação para os resultados que encontramos.

Comunicação

Na ausência de incapacidades “utilizar o telefone”, é de entre as atividades instrumentais aquela onde os indivíduos habitualmente mantêm nível elevado de

funcionalidade. No entanto, no nosso estudo mais de ¼ dos indivíduos apresentaram-se dependentes nesta atividade. Este resultado pode estar relacionado com a ruralidade da amostra. Os mais velhos, os de conjugalidade só e os menos escolarizados, apresentaram maior incapacidade neste desempenho.

Vida Doméstica

No conjunto, as atividades deste domínio foram aquelas onde os indivíduos apresentaram níveis mais elevados de incapacidade e cujos limites percentuais foram semelhantes entre si (39,4% para “prepara refeições” e 43,9% para “tarefas da lida da casa”). O desempenho das atividades incluídas neste domínio exige uma habilidade mais elaborada não só das funções que lhe estão associadas (força dos membros, mobilidade, equilíbrio, coordenação, funções sensoriais, cognição), mas também uma interação adequada com um ambiente externo, com múltiplas solicitações e exigências e nem sempre familiar.

Em todas as atividades os mais velhos e os menos escolarizados manifestaram sempre pior desempenho.

Apesar de alguns estudos de avaliação multidimensional apontarem genericamente maior incapacidade às mulheres (Virués-Ortega et al, 2011b); Palacios-Cena et al, 2012), as diferenças entre os sexos só foram observadas na atividade “lavar/tratar da roupa”, cujos resultados foram mais desfavoráveis para os homens. Esta tarefa mantém-se socialmente muito ligada às mulheres, mesmo nas gerações mais novas, o que terá contribuído para esta diferenciação. As habilidades inerentes ao desempenho das tarefas deste domínio, fazem-nos crer que em idades mais avançadas, a incapacidade que lhes pode estar inerente e ser comum, é transversal a homens e mulheres, tendo esta conclusão também já sido recolhida no estudo piloto que fizemos com uma amostra de idosos mais velhos (Fontes, Botelho & Fernandes, 2013), apesar de no *EPEPP* os homens terem globalmente apresentado valores mais desfavoráveis (Oliveira et al, 2010), provavelmente assente sobretudo em questões culturais e educacionais do que em incapacidades neuro motoras.

Áreas Principais da Vida

A avaliação deste domínio compreendeu a tarefa “gerir o seu dinheiro”. Cerca de 30% dos indivíduos revelou incapacidade no seu desempenho, sendo que essa dificuldade foi superior nos mais velhos e nos menos escolarizados

A autonomia na gestão do dinheiro ou das finanças exige integração cognitiva aliada também à existência de rendimentos independentes. Além disso, o autogoverno do rendimento pessoal é uma manifestação de autossuficiência, de emancipação e até de satisfação pessoal.

Independentemente do poder económico, a tarefa de gerir pressupõe a integração de uma variada gama de funções cognitivas que alguns autores discutem aliadas ao envelhecimento. Weierich e colegas advogam a possibilidade de algumas alterações no processamento afetivo e nos circuitos neuronais relacionados com o envelhecimento, possam produzir alterações no planeamento e na gestão financeira (Weierich et al, 2011).

Vida Comunitária, Social e Cívica

Neste domínio avaliámos atividades relacionadas com a atividade física (AF). O nível mais elevado de desempenho foi observado na atividade “andar a pé” e não foram observadas diferenças entre os grupos nas três atividades avaliadas, com exceção para “outras atividades”, onde os idosos de conjugalidade “só”, revelaram níveis mais baixos de funcionalidade.

O tempo médio gasto na atividade “andar a pé” foi de quase três horas/semana, enquanto o valor respeitante a fazer uma atividades desportiva estruturada e sistematizada, quase não teve expressão (0,12horas/semana).

O tempo gasto em “outra atividade” (± 1 hora/semana) deverá estar relacionado com a ruralidade da amostra e com atividades ligadas sobretudo com a jardinagem, a agricultura ou a criação de animais.

A atividade física é um forte determinante de saúde relacionado com o estilo de vida e dos mais importantes preditores do envelhecimento saudável. A prática regular e moderada de atividade física promove o bem-estar mental, físico e social, ajudando na

prevenção da doença e da incapacidade e consequentemente na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde dos indivíduos e das populações (WHO, 2012).

A OMS e o seu Comité Regional para a Europa, reconhecem a implementação da AF como um componente fundamental do trabalho da Saúde Pública, promovendo orientações e planos de ação para a sua divulgação e estruturação, de uma forma coordenada e multisectorial (WHO, 2010,b)). Crê-se que este desenvolvimento será decisivo para a prossecução de outras estratégias europeias, nomeadamente na prevenção e controlo de doenças não transmissíveis e na luta contra a obesidade (WHO, 2007).

O conceito de AF é mais abrangente que os termos exercício ou desporto, englobando todo e qualquer movimento produzido pelos músculos esqueléticos, com dispêndio de energia acima dos níveis basais (Caspersen, Powell & Christensen, 1985). O termo quando aplicado a populações mais velhas é habitualmente relacionado com benefícios na capacidade funcional e na saúde (HEPA Europe, 2005), onde poderão estar incluídas não só atividades desportivas estruturadas e sistematizadas, mas também, atividades como a marcha, andar de bicicleta, a dança ou a jardinagem (WHO, 2007).

Na “*position stand*” do *American College of Sports Medicine* e da *American Heart Association* de 2009 (ACSM, 2009), é recomendado para a população idosa e para que se observem benefícios para a saúde, a prática regular de 150 minutos de exercício de intensidade moderada por semana. Os benefícios poderão ser proporcionalmente melhorados em função do aumento das variáveis que lhe estão associadas – intensidade, frequência e duração. Ainda nestas orientações, é recomendado que para os idosos impedidos por razões de saúde de fazer exercício aeróbico moderado nesta quantidade, se mantenham fisicamente ativos em atividades que lhes sejam prazerosas dentro das suas possibilidades. O treino da AF deve idealmente compreender também exercícios vocacionados para o aumento da resistência, a flexibilidade e o equilíbrio.

A ACSM adverte que qualquer exercício pode ser adotado pelos mais idosos desde que não se efetue carga osteoarticular excessiva, sendo por isso a caminhada o tipo mais

adequado na maior parte dos casos. No entanto, a hidroginástica e a bicicleta estática podem ser uma opção quando a atividade em carga não seja recomendada ou não tolerada.

Perante estas recomendações, podemos reconhecer que os resultados revelados pelos constituintes da amostra foram positivos. A ruralidade da amostra poderá contribuir para esta observação, na medida que tem subjacente o hábito das pessoas se deslocarem sobretudo a pé por proximidades relacionais e por escassez de transportes coletivos. Podemos ainda acrescentar o esforço que tem sido feito pelos municípios para a estimulação da atividade física através da dinamização de atividades estruturadas, mas também pela construção de circuitos pedonais, ciclovias e até piscinas municipais.

4. Discussão sobre a Evolução da Funcionalidade Face à Morbilidade e à Pré-Morbilidade

a) Evolução da Funcionalidade Face à Morbilidade

Faremos aqui a discussão da evolução da funcionalidade do momento de admissão para a alta.

Observámos uma evolução positiva entre os dois momentos, com diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis analisadas. O *score* mais elevado de incapacidade foi observado nas atividades relacionadas com a vida doméstica, em ambos os momentos avaliativos. Por outro lado, as queixas de saúde, o estado emocional e a continência foram os domínios onde os indivíduos revelaram níveis mais elevados de funcionalidade, em ambas as avaliações.

A comparação dos nossos resultados com os disponibilizados pela Rede não pôde ser feita, por variadas razões: i) além da organização diferente que fizemos das variáveis, a Rede só apresenta indicadores relativos à autonomia física; ii) os valores que a Rede disponibiliza em todos os seus relatórios são valores percentuais e globais, não os apresentando em termos de significância estatística (por exemplo, no 1º semestre de 2012, 52% dos indivíduos internados nas unidades de convalescença do Algarve

melhoraram na autonomia física); iii) quando faz referência às variáveis que compõem o domínio da autonomia física apresenta também os valores em forma percentual.

Assim, relativamente às atividades, a Rede só avalia a *Locomoção* e a *Autonomia Física*, da qual fazem parte as atividades básicas como habitualmente são entendidas e já descrevemos. Depois daquilo que já foi refletido anteriormente e respeitando o quadro conceptual da OMS para a funcionalidade, parece-nos que com esta opção, perigosamente amputamos aquilo que se pretende que seja a autonomia e a independência dos indivíduos.

Conhecer e intervir exclusivamente na otimização de atividades que devolvem níveis básicos de autonomia ou independência parece-nos pobre. Cingir as intervenções em atividades que não são promotoras da interação e da participação com o meio, parece-nos limitativo. Aceitar como suficientes, *outcomes* que se articulam só discretamente com o envolvimento da vida real, parece-nos frágil. Acreditamos por isso que a Rede deverá rever esta opção e adotar novamente o MAB no seu formato original, sob pena de se afastar dos paradigmas atuais do envelhecimento ativo ou bem-sucedido, cujo arquétipo assenta na “participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis” (WHO, 2002).

Na análise da evolução da funcionalidade teremos em conta o impacto que as duas principais condições de saúde provocaram nos indivíduos e sempre que ajustado, os aspetos inerentes ao processo de internamento. Será feita também a discussão das variáveis incluídas nos modelos de regressão, subjacentes aos *outcomes* da funcionalidade alcançada nos diferentes *scores*.

Funções do Corpo

Todas as variáveis referentes às funções e todos os *scores* em que as agrupámos, melhoraram de forma significativa entre a admissão e a alta. Entre a pré-morbilidade e a alta só foi possível estabelecer comparação nas continências, tendo o seu valor percentual mais que triplicado no que diz respeito às situações desfavoráveis.

As diferenças entre os grupos de interesse aconteceram mais na admissão do que no momento da alta e sobretudo ligadas à idade e à escolaridade, com valores menos

positivos para o grupo dos 85 ou mais anos e o grupo sem escolaridade. As diferenças ligadas ao género só foram observadas nas “queixas de saúde” na altura da admissão, com manifestações mais desfavoráveis para as mulheres. Não identificámos em nenhuma variável nem em nenhum momento avaliativo, diferenças associadas ao estado civil.

Queixas de Saúde

As queixas músculo-esqueléticas foram as mais prevalentes em ambos os momentos, cuja percentagem de incapacidade foi bastante elevada no momento de admissão (70,7%). As queixas deste sistema são muito comuns na população idosa (Strobl et al, 2013) e sobretudo se tivermos em conta o contexto das doenças/lesões predominantes no estudo. As dores articulares foram as queixas mais referidas, sobretudo pelas mulheres na avaliação inicial. As queixas osteoarticulares são mais comuns nas mulheres, associadas quer a determinadas condições de saúde como a osteoartrose e a osteoartrite, como também às diferenças biológicas decorrentes da osteoporose.

As queixas da visão foram as mais referidas a seguir às queixas músculo-esqueléticas, sobretudo pelas mulheres. Alguns estudos apontam uma prevalência superior do sexo feminino relativamente aos problemas da visão (Dunlop et al, 2002; Evans et al, 2002; Lopez et al, 2011), associada sobretudo à sua maior longevidade.

A prevalência elevada das disfunções visuais poderá também ter surgido associada ao AVE, pois a presença destas alterações são relativamente comuns nesta condição, nomeadamente o estrabismo e a paralisia dos nervos cranianos (Ciuffreda et al, 2007; Rowe et al, 2011).

As alterações da visão constituem um desafio importante da saúde pública, se tivermos em conta que afetam cerca de 285 milhões de pessoas em todo o mundo (incluindo 39 milhões de cegos), dos quais 65% correspondem a indivíduos com mais de 50 anos e, cujo valor tenderá a aumentar de acordo com as projeções demográficas associadas ao envelhecimento (Pascolini & Mariotti, 2011).

As melhorias significativas que se observaram nas queixas de saúde entre os dois momentos de avaliação, estarão intimamente ligadas por um lado à intervenção da equipa de reabilitação e a alguma recuperação espontânea das lesões. A intervenção da fisioterapia sobretudo nas estratégias ligadas à analgesia, mobilização articular e fortalecimento muscular, terão concorrido para a melhoria das queixas músculo-esqueléticas, ao passo que o tempo poderá ter ajudado na recuperação das deficiências da visão; por exemplo, a recuperação espontânea dos défices visuais pós AVE, pode ocorrer em cerca de 40% dos indivíduos, sobretudo entre as primeiras semanas e até aos 6 meses (Zhang et al, 2006).

Orientação do Tempo e do Lugar

Os indivíduos apresentaram globalmente maior deficiência na orientação do tempo do que do espaço nas duas avaliações. Relativamente à orientação do tempo, a orientação do dia do mês, foi em ambos os momentos a variável onde se observaram níveis mais elevados de deficiência, enquanto a orientação relativa ao mês foi onde os indivíduos apresentaram melhores resultados.

Na orientação do lugar, as maiores deficiências foram observadas na orientação relativa ao andar da casa na primeira avaliação e à casa na avaliação final. Por outro lado, a orientação relativa ao país, foi em ambas as avaliações, a variável onde os indivíduos pontuaram de forma mais positiva.

Com exceção para a orientação relativa ao país e ao distrito no momento da alta, os mais idosos apresentaram sempre níveis mais elevados de deficiência. Os indivíduos sem escolaridade tiveram sempre também mais dificuldades nas funções da orientação.

Globalmente estes foram os resultados que observámos em 2012 com uma amostra de 100 idosos e onde ainda foi possível concluir que os idosos com desorientação espaço temporal apresentavam uma perceção mais desfavorável do seu estado de saúde e que essas deficiências se associavam ao desempenho da locomoção e das atividades diárias (António & Fontes, 2012).

A desorientação relaciona-se com uma alteração na indução da memória, causando uma incapacidade em atualizar de forma continuada o conhecimento sobre o tempo e o ambiente (Joray et al, 2004).

A orientação do tempo é mais exigente que a orientação do espaço relativamente à retenção e à memória, pois está em constante mutação, sobretudo as variáveis “dia do mês” e “dia da semana”. Por outro lado, a orientação do espaço tem características mais estáveis ou mesmo imutáveis, sendo também a sua interação mais facilitada pelos cuidadores e pela família.

Julgamos que os resultados encontrados refletem aspetos ligados ao período de internamento hospitalar, à transição hospital/Rede e à própria condição de saúde. O facto de já existir um período de internamento anterior pode fazer com que o idoso se “perca” no tempo, sobretudo em aspetos mais transitivos e de maior precisão. A transferência entre as duas instituições, a par do facto do idoso estar num espaço que lhe é estranho e sobre o qual recebe pouca ou nenhuma informação, reflete as dificuldades encontradas na orientação do “andar” e da “casa”. Em ambas as situações o internamento/institucionalização, pode por si só precipitar para a desorientação espaço temporal, devido à quebra da rotina domiciliar e familiar e por serem também ambientes stressantes (O’Hara et al, 2002). Por fim, a existência do AVE, pode também ter contribuído para os resultados encontrados (Gottesman & Hillies, 2010), pois as alterações cognitivas são frequentemente encontradas nestas situações, da mesma forma que a sua presença nas fraturas do fémur; a ocorrência destes traumatismos liga-se indubitavelmente às quedas que por sua vez podem ser precipitadas por alterações cognitivas prévias (Marks, 2010).

A evolução positiva que encontrámos deverá estar relacionada com a progressão favorável da condição de saúde, com a adaptabilidade ao espaço e também com a estimulação cognitiva que é prestada pelos profissionais durante os seus processos de intervenção. Contudo, o grupo etário mais velho e o grupo sem escolaridade, revelaram melhorias menos importantes quando na comparação como os seus pares. Apesar de não conhecermos os resultados da pré-morbilidade, a senescência cognitiva

associada à idade pode ter contribuído para este resultado, da mesma forma que a menor estimulação psicomotora por parte dos indivíduos sem escolaridade.

Funções Emocionais

A presença das deficiências emocionais foi elevada, sobretudo no momento da admissão na Rede e mais evidente nas pessoas com menos escolaridade. Apesar de desconhecemos o estado emocional dos indivíduos na altura em que viviam no domicílio, julgamos que os valores que encontrámos se ligam fundamentalmente à condição de saúde, ao processo de internamento e à incerteza sobre o futuro relativamente à sua independência e autonomia.

Apesar da prevalência importante da sintomatologia depressiva em idosos hospitalizados, esta condição continua mal diagnosticada e subvalorizada, sendo que essa situação se deve ao facto de que muitas das suas manifestações somáticas (perda de apetite, fadiga, insónia) se confundirem com sintomas da doença ou lesão que provocou o internamento (Dennis, Kadri & Coffey, 2012).

A presença de estados emocionais desfavoráveis, como a tristeza e a depressão, é muitas vezes encontrada na literatura como estando ligada ao processo de envelhecimento, independentemente da presença de doenças ou lesões e cuja manifestação é mais heterogénea relativamente aos sintomas, etiologia e prognóstico quando comparada com faixas etárias mais novas (Dennis, Kadri & Coffey, 2012). Se a esta previsibilidade basal acrescentarmos a presença de determinadas doenças ou comorbilidades, esta possibilidade aumenta de forma importante.

De facto uma das sequelas comuns do AVE são as alterações emocionais, cuja presença não se liga só às consequências da incapacidade física daí decorrentes, mas também a uma consequência biológica da própria lesão cerebral (Robinson & Spalleta, 2010). Da mesma forma, após fraturas da extremidade superior do fémur é comum observar-se estados depressivos não só decorrentes também da incapacidade experienciada pelos indivíduos, mas tendo por base fenómenos biológicos, concretamente o aumento de concentração das citocinas inflamatórias, quer devido

ao trauma lesional, quer devido ao trauma cirúrgico que concorrem para o aumento dos sintomas depressivos (Matheny et al, 2011).

Além da associação com a condição de saúde, o aparecimento ou o aumento da depressão ocorre ligada ao próprio processo de internamento, condicionando os resultados da reabilitação e a duração da hospitalização (Ciro et al, 2012). O diagnóstico precoce das alterações emocionais, realizado logo na admissão e vigiado durante o internamento, permite não só tratar e aliviar a sua sintomatologia, mas oferece também maiores resultados funcionais aos indivíduos, pela maior adesão aos programas de tratamento e, paralelamente redução dos gastos e diminuição da possibilidade de readmissões (Dennis, Kadri & Coffey, 2012).

Apesar de não termos encontrado autores que tivessem estudado a associação da escolaridade/educação e a prevalência de sintomas emocionais desfavoráveis na admissão hospitalar, na revisão de Fiske, Wetherell & Gatz (2009), é referido que a educação e consequentemente o rendimento económico, podem constituir fatores protetores para a ocorrência destes sintomas. Julgamos que esta associação poderá explicar os nossos resultados, ao permitir maior disponibilidade de recursos para os tratamentos, causando menor incerteza e ansiedade face ao futuro.

As melhorias observadas terão ocorrido pelo aumento da funcionalidade que entretanto os indivíduos adquiriram, mas também por estar próximo o dia da alta.

Continências

Os níveis de deficiência da IU foram idênticos aos da IF em ambos os momentos avaliativos. Observámos diferenças relativas à idade e à escolaridade, cujos valores mais elevados destas deficiências aconteceram nos mais velhos e nos menos escolarizados, se bem que com variações nos diferentes momentos de avaliação e nas duas funções.

Os valores de incontinência que encontrámos terão tido relação fundamentalmente com as condições de saúde. De facto, e no que diz respeito à prevalência da IU, ela ocorre com valores muito significativos na presença de um AVE. Segundo a revisão de Thomas et al (2008), 40 a 60% dos indivíduos podem ter IU após um AVE, sendo que

25% mantêm essa disfunção na altura da alta e cerca de 15% permanecerão com essa deficiência durante 1 ano. O tipo mais comum nestas situações é a incontinência de urgência (Pettersen, Stien & Wyller, 2007), devido aos défices motores, sensitivos e do tónus, mas também como consequência de alterações cognitivas, como sejam a depressão e a afasia, que dificultam o controlo vesical, provocando a chamada *functional incontinence* (Brittain et al, 1999).

As alterações na continência após cirurgia da extremidade superior do fémur são também relatadas na literatura, sendo algumas das causas responsáveis os anestésicos, a algaliação ou as infeções do trato urinário (Parkinson et al, 2007) e cuja recuperação total não chega a acontecer numa percentagem elevada de casos (Chiarelli et al, 2006).

Tal como na avaliação da pré-morbilidade, voltámos a encontrar valores muito semelhantes entre a IU e a IF, o que nos leva a supor que estamos na presença de uma percentagem importante de indivíduos com dupla incontinência. Apesar de a IF ser sempre menos prevalente, o seu surgimento a par da IU em situações após AVE, é relativamente comum, podendo os seus valores ultrapassar de forma significativa, qualquer uma das incontinências de forma isolada (Brittain et al, 2006; Kovindha et al, 2009) e cuja associação acontece ligada a alterações cognitivas e aos défices sensitivo motores dos membros inferiores.

A algaliação nas unidades geriátricas é uma situação comum e muitas vezes um recurso sem critérios de utilização e supervisão bem definidos (Apisarnthanarak et al, 2007; Holroyd-Leduc et al, 2007). A sua sobre utilização quer como opção terapêutica, quer temporalmente, é responsável por uma elevada taxa de infeções do trato urinário que cria um ciclo vicioso difícil de quebrar e que por si só pode levar à incontinência (Apisarnthanarak et al, 2007).

Na altura da alta a presença de indivíduos com queixas de incontinência reduziu em mais de metade. Cremos que este resultado se deve fundamentalmente à evolução natural das condições de saúde e das funções que lhe estão associadas, pois não é comum observar-se neste tipo de unidades intervenções ou estratégias direcionadas especificamente para a incontinência.

Funções de Manutenção do Peso (IMC)

O IMC não foi avaliado por nós, tendo sido recolhido do processo clínico. O número de casos sem registo foi elevado em ambos os momentos de avaliação, devido provavelmente à dificuldade na locomoção, sobretudo na admissão. A maior percentagem das avaliações possíveis correspondeu a “peso adequado”, e de entre os casos desfavoráveis, a percentagem mais elevada deveu-se ao excesso de peso. A comparação entre os nossos valores e os recolhidos para o *Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa* (Oliveira et al, 2010) mostra que a nossa amostra revela valores superiores de casos desfavoráveis (38,4% vs 20,98%), resultado que não terá sido alheio à presença de indivíduos com AVE, já que a obesidade é um fator de risco para esta ocorrência.

Atividades/Participação

De forma global as maiores limitações observaram-se nas atividades relacionadas com a vida doméstica como já referimos, mas também com aquelas do domínio da mobilidade, mais especificamente e respetivamente “fazer compras”, “usar transportes” e “subir/descer escadas”. As diferenças que se observaram ocorreram sempre relativamente à idade e à escolaridade; os mais velhos e aqueles sem escolaridade apresentaram-se sempre mais limitados. Houve uma exceção relativamente ao sexo; as mulheres apresentaram pior desempenho nas atividades do âmbito da mobilidade. Também neste componente, as diferenças ligadas ao estado civil, não foram observadas.

Mobilidade

Se excluirmos a atividade “usar transportes” (por ter além de exigências motoras, exigências cognitivas, e porque cerca de metade dos indivíduos já não a executavam na pré-morbilidade), as tarefas ligadas à mobilidade onde se observou maior impacto devido à condição de saúde, foram “subir/descer escadas” e “andar na rua”. Estas tarefas são mais exigentes do ponto de vista das funções neuromúsculoesqueléticas devido à interação com o ambiente – escadas, pisos irregulares, rampas, lances dos passeios – cuja manifestação se torna mais evidente após um AVE ou após uma fratura da extremidade superior do fémur. As funções ligadas ao tónus, à força e ao controlo

neuro motor, fazem com que alguns componentes necessários ao seu desempenho fiquem substancialmente afetados, sobretudo observáveis após um AVE. Referimo-nos concretamente à espasticidade dos flexores plantares, à fraqueza muscular dos flexores da anca e dos extensores do joelho, à co ativação dos flexores/extensores do joelho e ao controlo do tronco (Hsu, Tang & Jan, 2003; Kim & Eng, 2003). A estas deficiências, e também necessário ao desempenho de “subir/descer escadas” e “andar na rua” temos ainda que acrescentar, a diminuição da resistência cardiovascular que se observa nestes doentes (Kelly et al, 2003; Tang et al, 2006). Quanto às dificuldades na mobilidade observadas após fratura da extremidade superior do fémur, elas ocorrem sobretudo na atividade de “subir/descer escadas” (Alarcón et al, 2011), devido em grande parte à fraqueza muscular que se instala (Magaziner et al, 2000; Visser et al, 2000), mas também devido à dor, às alterações prévias ou adquiridas do equilíbrio e ainda ao medo de cair.

A comparação entre “deitar/levantar da cama” e “sentar/levantar de cadeira”, indicou maior dificuldade para a primeira tarefa. Existem argumentos biomecânicos que poderão justificar estas diferenças, nomeadamente uma maior deslocação do centro de massa e consequentemente uma maior habilidade para o controlo do tronco, além de uma maior necessidade de apoio dos membros superiores, que nem sempre é possível acontecer. Aliás, o nível de funcionalidade da maior parte das tarefas que executamos depende do controlo do tronco; tanto as relacionadas com o membro superior (alcançar, apanhar, empurrar), como as relacionadas com o membro inferior (agachar, rodar, inclinar), seja qual for a posição onde nos encontramos. Este controlo axial relaciona-se intimamente com os reflexos posturais, a dissociação das cinturas e as transferências de peso, estando fortemente prejudicado após um AVE, sendo considerado unanimemente um importante preditor da autonomia/independência das atividades.

Apesar de se manterem níveis de incapacidade importantes no desempenho das tarefas da mobilidade, a evolução foi significativa e para o qual muito terá contribuído a intervenção da reabilitação. De facto, independentemente das estratégias direcionadas para as funções – aumento da amplitude articular, da força ou do equilíbrio – as atividades que habitualmente são mais estimuladas e intervencionadas

por parte destas equipas, são as relacionadas com a mobilidade. Aqui incluem-se o treino de marcha, o treino de escadas, o treino de transferências e levantar/sentar.

Ainda que na avaliação inicial as mulheres tenham revelado maiores dificuldades em algumas tarefas ("andar na rua" e "subir/descer escadas"), acabaram por no final do internamento/intervenções adquirirem níveis idênticos quando comparadas aos homens. Esta manifestação poderia supor que o impacto inicial das condições de saúde adquiridas teria sido maior nas mulheres, mas o facto é que a sua condição basal relativamente a estas atividades já era inferior.

Autocuidados

As dificuldades que observámos nas cinco atividades dos autocuidados tiveram uma amplitude bastante superior quando comparadas com as atividades ligadas à mobilidade ou à vida doméstica; a sua variação estabeleceu-se na admissão entre 84,9% para o "banho" e 30,4% para "comer/alimentar-se", enquanto na alta a variação ocorreu entre 73,8% para o "vestir" e 15,1% para o "comer/alimentar-se". Em todas as atividades os mais idosos e aqueles sem escolaridade revelaram maiores dificuldades, observando-se uma exceção para a atividade "comer/alimentar-se", onde ninguém se distinguiu em qualquer das avaliações.

Conforme já referido anteriormente o "banho" mas também o "vestir" são as atividades onde habitualmente encontramos níveis mais elevados de incapacidade, mesmo na presença de grupos sem deficiências ou incapacidades definidas. Isto ocorre devido às dificuldades não só relacionadas com recursos neuromúsculoesqueléticos mais elaborados (execução de duas ações ao mesmo tempo, por exemplo, manter o equilíbrio e lavar/vestir ou a habilidade bimanual), mas também pela interação com um meio ambiente nem sempre seguro (o caso da casa de banho para o "banho") ou de aptidões de destreza e cognição mais elaboradas (o caso do "vestir").

Uma das sequelas mais importantes após um AVE prende-se com a funcionalidade do (s) membro (s) superior (s); cerca de 1/5 dos indivíduos nunca recuperam a funcionalidade bilateral dos membros superiores e cerca de metade nunca adquirem níveis funcionais satisfatórios no membro parético (Lawrence et al, 2001). Esta

incapacidade liga-se a diversas deficiências das funções mais relacionadas com a mobilidade, como sejam as alterações do tónus muscular (flacidez ou espasticidade), diminuição da força, alterações das sensibilidades, controlo neuro motor ou dor, mas também com alterações neuro psicológicas como são as deficiências visuoespaciais, as agnosias ou as apraxias. A estas alterações das funções, ainda é comum observar-se alterações estruturais como a subluxação da glenoumeral, contraturas e as neuro distrofias, que no seu conjunto fazem com que a funcionalidade do membro superior nestes doentes fique substancialmente comprometida. A maior incapacidade surge ao nível das funções da mão/dedos afetando todas as atividades que exijam a manipulação e que no fundo se relacionam com todas as tarefas diárias independentemente da sua complexidade, sendo que este prejuízo tem relação com a representação cortical e com os circuitos neuronais afetos à mão (Nowak, 2008). Tendo em conta o conjunto destas relações, a funcionalidade do membro superior a par da idade, é dos preditores mais importantes para os *outcomes* ao nível da autonomia/independência das atividades diárias após AVE (Veerbeek et al, 2011).

Apesar de se terem verificado melhorias significativas na atividade “vestir”, a percentagem de indivíduos a manterem-se dependentes na altura da alta, foi importante (73,8%). Este resultado reflete bem a exigência complexa da destreza bimanual e das capacidades cognitivas que lhe são necessárias e cuja variabilidade na reaquisição de competências está fortemente associada a estas últimas (Walker et al, 2004).

Por outro lado, a atividade “comer/alimentar-se” foi nos dois momentos avaliativos, aquela onde os indivíduos apresentaram níveis de dependência mais baixos (30,4% vs 15,1%) e cuja redução percentual dessa dependência foi mais elevada. Se os alimentos forem previamente cortados, os indivíduos mantêm a habilidade para se alimentarem de forma autónoma, mesmo que tenham perdido a dominância manual para o fazerem. Acrescente-se ainda que é uma atividade que se desenvolve sentado, sem requisitos importantes relacionados com o equilíbrio ou a força e a coordenação bilateral, o que facilita a autonomia para o seu desempenho.

As dificuldades relacionadas com os autocuidados após fratura da extremidade do fêmur são menos abrangentes e graves do que após um AVE, relacionando-se fundamentalmente com os momentos e as atividades que impliquem mobilidade e que já previamente discutimos. Nesse sentido, o “banho”, “utilizar sanita” e “vestir” (sobretudo as partes inferiores do corpo), serão aquelas que poderão evidenciar maior dificuldade e demorar mais tempo a ser recuperadas (Alarcón et al, 2011). No entanto, nos idosos não devem ser negligenciadas algumas condições da pré-morbilidade que podem condicionar os resultados finais da capacidade/desempenho dessas atividades (idade, funcionalidade ou co morbilidades), bem como a aquisição precoce da força e da mobilidade pós-fratura (Kristensen, 2011).

Comunicação

A comunicação foi avaliada pela capacidade de atender o telefone e/ou executar chamadas. Se bem que não tenhamos recolhido estas duas ações de forma diferenciada, a verdade é que a sua prática afeta competências diferentes, quer relacionados com a destreza manual, quer com aspetos da cognição, cujas dificuldades globais ocorrerão preferencialmente na ação “executar/fazer chamadas telefónicas”.

Esta foi a atividade onde observámos mais diferenças entre os grupos de interesse; na admissão, os mais velhos, os de conjugalidade “só” e aqueles sem escolaridade tiveram pior desempenho, enquanto no momento da alta além destas diferenças, os homens manifestaram também essa tendência na comparação com as mulheres.

A maior parte dos estudos, não diferencia esta atividade de forma isolada, considerando-a habitualmente no contexto das chamadas “atividades instrumentais”. Quando a sua avaliação é analiticamente referenciada, os seus resultados costumam ser considerados discriminativos para o diagnóstico de défices cognitivos ligeiros (Cromwell, Eager & Poulos, 2003; Nygard, 2003).

Nos nossos resultados observaram-se valores importantes de incapacidade nas duas avaliações (49,5% vs 39,3%), cuja explicação poderá residir na elevada percentagem de indivíduos com AVE aos quais poderão estar indiciadas algumas alterações cognitivas,

sendo que podemos acrescentar também a idade e a ruralidade dos constituintes da amostra na explicação destes resultados.

As diferenças encontradas relativamente à conjugalidade e ao sexo estão de acordo com o suporte e a manutenção de redes sociais e familiares que já anteriormente discutimos.

Vida Doméstica

Neste domínio agrupámos as atividades “fazer compras”, “preparar refeições”, “fazer a lida da casa” e “tratar da roupa”. Estas foram as atividades onde os indivíduos revelaram maior comprometimento e cujos valores foram muito semelhantes entre si (variação entre 97,3% e 94,7% na admissão e 76,3% e 71,6% na alta), sendo várias as justificações que podem esclarecer este comportamento. No seu conjunto são atividades tanto exigentes do ponto de vista motor quanto cognitivo; algumas possuem alguma sobrecarga física; são habitualmente aquelas que mesmo na ausência de incapacidade desde cedo passam a ser realizadas ou ajudadas por alguém (o caso das compras e da lida da casa); exigem competências relacionais e de decisão relativamente ao meio ambiente; culturalmente são fundamentalmente executadas por mulheres (mesmo quando os homens possuem capacidades para a sua execução).

Quando se verificaram diferenças entre os grupos, elas aconteceram conforme o padrão previsível no que diz respeito à idade e à escolaridade, sendo que observámos também diferenças entre homens e mulheres no momento da alta na tarefa “preparar refeições”, onde o sexo masculino revelou nível superior de incapacidade.

A literatura é unânime em considerar que estas atividades apresentam-se habitualmente mais difíceis de serem realizadas quando comparadas com as do autocuidado, independentemente de estarmos na presença de uma condição de saúde mais ou menos incapacitante. Os nossos resultados testemunham esta afirmação, tanto pela informação que recolhemos na pré-morbilidade, quanto pela sua presença após a condição de saúde adquirida.

Importa no entanto referir que na avaliação deste tipo de atividades, mais elaboradas e complexas, outras variáveis devem ser tidas em conta, como sejam o suporte

familiar, os recursos sociais e económicos, comportamentos e fatores motivacionais (Carod-Artal et al, 2002), que podem condicionar não só a avaliação, mas também a auto percepção dos indivíduos. Aliás, encontramos na literatura numerosos estudos que relacionam a autonomia/independência nestas atividades com a satisfação, a qualidade de vida e o bem-estar.

Tendo em conta o envelhecimento populacional global e a prevalência real e expectável das síndromes demenciais, nos últimos anos o rastreio no desempenho destas atividades tem sido utilizada também para a deteção precoce dessas alterações. Com efeito, e apesar de persistirem algumas dúvidas sobre a sensibilidade e a especificidade dos instrumentos para o diagnóstico preciso (sobretudo em estágios iniciais ou situações mais leves), os resultados destas avaliações podem antecipadamente permitir estratégias de intervenção mais sistematizadas, com vantagem sobretudo para populações iletradas ou com baixo nível educacional (Njegovan et al, 2001; Nygard, 2003; Castilla-Rilo et al, 2007).

Na sequência deste tipo de avaliação, tem sido também possível prever um padrão de incapacidade para estas atividades; habitualmente os indivíduos começam por referir mais dificuldade naquelas que se desenvolvem no exterior, devido às solicitações e exigências do meio ambiente, sendo estas consideradas os indicadores com melhor poder preditivo para a incapacidade (Njegovan et al, 2001; Nygard, 2003).

Áreas Principais da Vida

Este domínio da funcionalidade foi avaliado pela variável “gerir dinheiro”. Esta atividade implica o reconhecimento do dinheiro e do seu valor, possibilitando a realização de transações monetárias e a gestão das economias. O seu desempenho pode estar afeto a alguma destreza manual (no caso das transações), mas depende fundamentalmente da cognição, nomeadamente da atenção, memória, linguagem, percepção e funções executivas, ficando comprometido após dano cerebral (Gaudette & Anderson, 2002).

Apesar de termos registado melhorias significativas na sua evolução (65,6% vs 49,7%), a percentagem de indivíduos a manifestarem limitação nesta tarefa acabou por ficar elevada, sobretudo se comparada com os valores da pré-morbilidade (29,7%).

Tal como a comunicação (usar o telefone), esta atividade é habitualmente avaliada na literatura em conjunto com a denominação comum de “atividades instrumentais”. Dessa forma, a reflexão que anteriormente fizemos nesse contexto, adequa-se a esta variável. Ou seja, pertence ao grupo das primeiras atividades que ficam comprometidas perante alterações demenciais, podendo ter um valor preditivo para a independência funcional e o diagnóstico nessas situações (Cromwell, Eager & Poulos, 2003; Nygard, 2003).

Contudo, quando analisamos os resultados das variáveis do domínio da vida doméstica e os das variáveis “usar telefone” e “gerir dinheiro”, parece-nos ser lícito admitir que as dificuldades encontradas no conjunto das primeiras se relacionaram preferencialmente com a incapacidade motora ou física.

Local da Alta

Os locais que acolheram o maior número de indivíduos após a alta foram as instituições (lares ou unidades da Rede com duração de internamento superior), sendo que o retorno para o próprio domicílio ou o domicílio de familiares foi aproximado. Os resultados disponibilizados pela Rede apresentam valores globais mais elevados para a transferência domiciliar, cerca de 88%, se bem que não faça distinção nessa tipologia. A Rede adianta ainda que a 51% destes indivíduos é disponibilizado suporte no domicílio, variável que não foi recolhida por nós.

Em função dos dados que recolhemos é possível contudo observar que os indivíduos que transitaram para instituições foi superior ao número de indivíduos que viviam sós (36,4% vs 29,7%), fazendo supor que a autonomia alcançada não permitiu o retorno para o seu domicílio, nem foi compatível com o apoio que os familiares podiam disponibilizar.

A diferença que observámos entre os nossos resultados e os disponibilizados pela Rede, talvez se possa justificar pela forma como recolhemos a informação; talvez para

a Rede as transferências entre as diferentes unidades não sejam contabilizadas como altas, sendo que estas só são processadas como tal, quando os indivíduos são enviados para casa ou para uma instituição externa à Rede.

b) Evolução da Funcionalidade Face à Pré-Morbilidade

Neste ponto da discussão faremos a análise da funcionalidade alcançada face ao estado basal ou pré-morbilidade, tendo em conta sobretudo o impacto das principais condições de saúde adquiridas. Será também aqui que discutiremos a funcionalidade alcançada em função dos modelos de regressão analisados.

Todas as variáveis e respetivos *scores* passíveis de serem comparados ficaram com níveis significativamente inferiores de funcionalidade, face à pré-morbilidade.

Os estudos são unânimes em considerar que o par AVE e fraturas da extremidade superior do fémur lideram as causas de maior incapacidade, morbilidade e mortalidade na população idosa nos países industrializados.

Podemos dizer apesar de tudo, que a maior parte dos indivíduos recupera alguma funcionalidade após estas condições de saúde adquiridas, não obstante essas taxas de recuperação serem muito variadas. No entanto, quando se comparam esses valores face ao estado basal, os resultados não são tão animadores. Por exemplo, na revisão sistemática de Bertram e colegas (2011) e para o contexto das fraturas, é estimada que cerca de 29% dos indivíduos não atinge os seus níveis basais de funcionalidade, mesmo ao fim de um ano.

Relativamente à recuperação das sequelas pós AVE face ao estado pré-morbilidade torna-se muito difícil estabelecer comparações, pois os fatores capazes de influenciar esses resultados são muito variados, englobando aspetos tão diferentes quanto a extensão ou o tipo de lesão, a intensidade e as técnicas de reabilitação ou os aspetos intrínsecos ao indivíduo como a idade, o sexo ou as co morbilidades associadas, só para citar alguns.

Na análise univariada e tendo em conta os efeitos das variáveis independentes analisadas, a idade e a escolaridade voltaram a manifestar em muitos domínios e

variáveis, associação com os resultados alcançados. No entanto, nos modelos de regressão a sua contribuição foi pequena.

A idade costuma ser a variável demográfica com maior valor preditivo para a funcionalidade e para a recuperação ou evolução das condições de saúde. Os grupos etários mais velhos tendem a sofrer impactos mais nefastos das condições adversas e a sua recuperação é quase sempre mais limitada. Quando estas ocorrências acontecem, explicam-se pelo processo de senescência biológica e pela capacidade diminuída dos fatores de reparação e de recuperação.

Tanto nos AVE quanto nas fraturas do fémur, quando a idade aparece como determinante dos resultados finais, a tendência caminha invariavelmente no mesmo sentido.

Os nossos resultados e no que respeita à análise univariada foram concordantes com aquilo que é descrito na literatura, mas os referentes aos modelos saem da normalidade ou pelo menos daquilo que é mais expectável. A idade só explicou os resultados da incapacidade ao nível das Funções Mentais e das atividades da Vida Doméstica.

A incapacidade mais severa tem vindo a diminuir nos últimos anos em alguns países, sobretudo para os grupos populacionais abaixo dos 85 anos, e cujas causas tivemos oportunidade de apresentar na revisão da literatura. Esta conclusão verifica-se no aumento da autonomia/independência ao nível dos auto cuidados e da estabilização observada nas atividades instrumentais. Os resultados que obtivemos parecem estar de acordo com a teoria da compressão da morbilidade de Fries, Bruce & Chakravarty (2011) no que diz respeito ao impacto das condições de saúde adquiridas e à evolução da funcionalidade. A adoção de hábitos protetores, como são a evicção tabágica e alcoólica que se observou nos mais idosos, poderá ter contribuído para estes resultados, da mesma forma que a atividade física, onde estes mostraram estar ao mesmo nível que os mais novos.

A evidência empírica da importância do nível educacional sobre a saúde é heterogénea, não sendo claro se as diferenças na saúde dos indivíduos com altos

versus baixos níveis educacionais, aumenta com a idade (divergência), se diminui (convergência) ou se se mantém constante (continuidade) (Leopold & Engelhardt, 2013). Nesse sentido, encontramos na literatura epidemiológica e sociológica três perspectivas teóricas diferentes ou mesmo opostas: a hipótese da vantagem/desvantagem cumulativa, a hipótese da idade como niveladora do processo e a hipótese da manutenção do *status* (Leopold & Engelhardt, 2013).

A primeira perspectiva apoia-se no facto de que o efeito positivo da educação sobre a saúde aumenta ao longo da vida. Nesse sentido, a educação é vista como um recurso da saúde relacionado com vantagens e desvantagens consoante a sua disponibilidade; indivíduos mais qualificados vão acumulando vantagens, ao passo que os menos instruídos vão sendo sujeitos a situações de *stress*, sendo então que esta desigualdade educacional e da saúde, tende a acentuar-se em idades mais avançadas, após a acumulação dessas vantagens ou desvantagens, que se foram formando ao longo da vida (Leopold & Engelhardt, 2013).

A hipótese da idade como niveladora afirma que a desigualdade em saúde diminui em idades mais avançadas. Os indivíduos menos instruídos que conseguem viver mais anos são os mais robustos, apresentando-se tão saudáveis quanto os mais instruídos e mostrando que em idades mais avançadas a relação entre educação e saúde tende a enfraquecer (Leopold & Engelhardt, 2013).

Por fim e contrastando com a primeira perspectiva, a manutenção do *status* suporta-se na hipótese de que o gradiente da saúde se mantém constante entre os diferentes níveis educacionais; as posições sociais que os indivíduos atingem na idade adulta, já não mudam de forma importante ou considerável no restante tempo, da mesma forma que se mantêm constantes as diferenças de saúde entre os diferentes grupos educacionais (Leopold & Engelhardt, 2013).

Suportada por estas perspectivas a explicação para os resultados que alcançámos, parece ser heterogénea. Ou seja, na análise univariada, observamos que as diferenças que tínhamos encontrado na pré-morbilidade associadas à escolaridade, globalmente mantiveram-se na avaliação final, parecendo por isso que os resultados alcançados estão de acordo com a teoria da manutenção do *status*. No entanto, nos modelos de

regressão as diferenças na funcionalidade explicadas pelo nível educacional foram quase inexistentes, parecendo por isso, que os resultados observados se apoiam na teoria da idade como niveladora.

A verdade é que a amostra do presente estudo é constituída por indivíduos com uma média de idade elevada (± 80 anos) e um nível educacional baixo (acentuado por qualificações profissionais pouco diferenciadas e rendimentos pobres), sendo basicamente dicotomizada entre indivíduos sem qualquer escolaridade (30,6%) e indivíduos com 4 ou menos anos de escolaridade (60,1%). Querendo isto dizer, que estas diferenças educacionais não foram suficientemente importantes para se refletirem na funcionalidade alcançada ou, dada a idade avançada de uns e de outros, estas diferenças acabaram diluídas.

No contexto das duas principais condições de saúde adquiridas, quando a escolaridade é considerada, ela aparece a maior parte das vezes como um fator importante para a incidência do AVE ou das fraturas do fémur, estabelecendo-se entre si uma associação negativa.

No entanto, a importância ou o efeito que esta variável pode ter na recuperação dos indivíduos não é muitas vezes analisada, e quando é incluída nos estudos as conclusões do seu efeito não reúnem consenso; em alguns estudos ela aparece como sendo determinante e com a mesma valorização que tem enquanto fator precipitante; outras vezes essa observação mantém-se mas ligada ao género (nos AVE só refletida nos homens); outras ainda ela não tem influência na recuperação dos indivíduos, tal como observámos na presente investigação.

A associação com o sexo e os resultados da funcionalidade alcançada verificou-se exclusivamente em duas variáveis: a utilização do telefone e a preparação de refeições, cuja maior incapacidade foi observada nos homens, sendo que na pré-morbilidade essas associações não se tinham verificado. No entanto, nos modelos de regressão esta variável influenciou exclusivamente o *outcome* da comunicação (uso do telefone).

Apesar de a literatura referir existirem diferenças associadas ao género no impacto do AVE (Reeves et al, 2008; Petrea et al, 2009) ou das fraturas do fémur (Kempen et al, 2003; Samuelsson et al. 2009) na funcionalidade dos indivíduos, os nossos resultados contrariaram essa tendência.

Relativamente ao AVE, as mulheres tendem a recuperar menos ficando por isso com défices residuais funcionais superiores (Reeves et al, 2008; Petrea et al, 2009), devendo-se estes resultados a um conjunto de fatores que incluem entre outros a idade, a especificidade das comorbilidades, a reação à terapêutica, o suporte social ou os níveis de depressão (Petrea et al, 2009; WHO, 2009; Persky, Turtzo, McCullough, 2010).

Na ausência de défices cognitivos a reaquisição da marcha após fratura do fémur é mais difícil para as mulheres, no entanto na presença destas deficiências os homens apresentam-se mais vulneráveis para esta atividade. Estes foram os resultados do estudo de Samuelsson e colegas (2009) cuja amostra incluiu 2 134 indivíduos e, onde também foi possível concluir não existirem diferenças significativas entre os sexos, relativamente aos *outcomes* das atividades da vida diária. Os fatores que influenciam os resultados menos positivos da mobilidade que se observam nas mulheres, abrangem sobretudo os ligados às comorbilidades (osteoporose ou osteoartrite) ou às deficiências das funções pré-fratura como a dor ou a força (WHO, 2009; Kristensen, 2011).

Os resultados que observámos fazem crer que o impacto das condições de saúde adquiridas não se diferenciaram relativamente ao género, apesar das mulheres terem partido em desvantagem no domínio da mobilidade. Para este resultado poderá ter concorrido a percentagem mais elevada de casos neurológicos e condições cardiorrespiratórios que ocorreram nos homens, ou então a possibilidade destas situações terem deixado sequelas mais graves neste grupo por terem sido mais extensas, ou ainda o facto dos hábitos de risco superiores nos homens terem influenciado o seu processo de reabilitação.

As diferenças positivas observadas nas mulheres ter-se-ão relacionado com a sua maior predisposição para os contactos sociais via telefone e pela sua maior

disponibilidade ou aptidão para a preparação de refeições, precipitadas por questões culturais e educacionais.

O estado civil, conforme já foi possível referir foi uma variável que não influenciou os resultados, tanto na análise univariada, quanto na análise multivariada através dos modelos de regressão. Esta variável é algumas vezes considerada e relacionada com o bem-estar, a cognição, a funcionalidade e a saúde na população idosa, conforme previamente discutimos na caracterização da amostra, cuja manifestação é positiva ou protetora na presença de companheiro (a) e na ausência de um estado de saúde agudo. Contudo, enquanto variável determinante da recuperação funcional, ela é poucas vezes citada nos estudos e na presente investigação a sua importância foi superada por outros domínios.

Relativamente aos *outcomes* da funcionalidade alcançada, construímos nove modelos explicativos, quatro respeitantes às Funções e cinco relativos ao componente das Atividades/Participação. As variáveis que mais contribuíram para esses modelos foram o Fator Pessoal Perceção do Estado de Saúde (n=8) e as Funções Mentais (n=7).

Desde que em 1982, Mossey & Shapiro revelaram que a auto perceção da saúde dos idosos era um importante preditor da sua mortalidade, a pesquisa e a adoção desta variável tem sido divulgada e ampliada nos mais variados contextos da investigação. De entre as várias definições que entretanto foram surgindo a de Jylha (2009) talvez seja a mais abrangente e integradora do seu entendimento multidimensional, respeitando contudo a sua representação individual: *"a perceção da saúde é um processo cognitivo ativo, que não é conduzido por regras formais ou definições de saúde; é uma conceção individual e subjetiva que se relaciona com o mais forte indicador biológico, a morte, constituindo uma encruzilhada entre as experiências do mundo social, psicológico e biológico"*.

Desta forma, a simplicidade contida na questão "como considera ou de que forma avalia a sua saúde", oferece uma resposta que resume as dimensões da saúde que são mais significativas para o indivíduo e que lhe permite ser considerada um dos resultados – *client-oriented* - mais importantes da avaliação da saúde (Rohrer et al, 2007), dos cuidados primários ou dos ensaios clínicos.

Quanto às Funções Mentais, a sua contribuição esteve presente em todos os modelos das Atividades/Participação e na função da Continência. Apesar de na construção dos modelos, só termos contado com o contributo das funções de orientação, elas encerraram em si, outras disfunções cognitivas, conforme podemos constatar nos resultados do Core Set Geriátrico.

O envelhecimento cerebral é um processo complexo e heterogéneo, com uma variabilidade elevada, que envolve as funções neuronais e sinápticas, as disfunções mitocondriais, o *stress* oxidativo, a falência energética, as alterações dos neurotransmissores, entre outros, que alteram ou interrompem a sua rede funcional (Jellinger & Attems, 2013).

Estas deficiências estruturais e fisiológicas do envelhecimento e com repercussão na cognição, nem sempre são bem compreendidas ao nível do desempenho das atividades. Apesar de no nosso estudo esta relação se ter estabelecido de uma forma linear e positiva, teremos oportunidade durante a discussão, de apresentar estudos onde essa relação não se estabeleceu de forma tão previsível. Por exemplo, a relação entre cognição e atividades mantém algumas *nuances* e limites que ainda não dominamos na plenitude e com os quais nos deparamos diariamente na vida clínica; a sensibilidade que os testes neuropsicológicos oferecem, fica aquém da sensibilidade proporcionada pela capacidade e desempenho das atividades (Pérès et al, 2008; Di Carlo et al, 2007), podendo estas revelar um valor preditivo superior para o futuro desenvolvimento de alterações demenciais.

Por outro lado, a cognição não é de todo um território unitário; ela incorpora múltiplos domínios que incluem eles próprios variadas manifestações, como são a atenção, as funções executivas, as habilidades visuo espaciais, a memória ou a fala e que habitualmente se intersejam no desempenho de uma atividade, além de serem sensíveis a diferentes estados fisiológicos e de humor, como a fadiga, a apatia ou a depressão (Cumming et al, 2013).

Por estas razões a comparação de resultados neste contexto não se revela uma tarefa simplista, quer pelas diferenças metodológicas nos processos de avaliação e de diagnóstico, quer relativamente às intervenções da reabilitação, mantendo-se contudo

a consideração e o destaque que estas funções merecem no desempenho das atividades e da participação dos indivíduos.

A atividade que mais contribuiu para os *outcomes* da funcionalidade foi o “uso de telefone”. A sua exigência motora prende-se fundamentalmente com a bimanualidade e a destreza, se bem que a importância destes requisitos não sejam muito estudados na literatura, contrariamente, às necessidades cognitivas para o seu desempenho que estão amplamente documentadas na literatura.

Por seu turno e de forma antagónica, as atividades que menos contribuíram para os modelos da funcionalidade foram as da vida doméstica, que são atividades exigentes tanto no domínio neuromotor quanto cognitivo. Mas talvez porque os indivíduos já tivessem demonstrado na pré-morbilidade uma vulnerabilidade importante neste contexto, as suas alterações já não acusaram dependência para os outros *outcomes*, com exceção para a atividade “gerir dinheiro”.

Seguidamente iremos de uma forma mais detalhada, fazer a discussão das diferentes variáveis que deram o seu contributo para os modelos da funcionalidade alcançada.

O modelo explicativo para a presença de Queixas de Saúde foi fundamentalmente constituído por Fatores Contextuais – Presença de Equipa Multidisciplinar, Comunicação Telefónica com a Família, Rácio Doentes/Terapeutas e Internamentos Hospitalares Anteriores – existindo só uma Função do Corpo que fez aumentar estas Queixas – as Funções Emocionais na admissão – enquanto do componente das Atividades/Participação fizeram parte deste modelo a Mobilidade, a Comunicação e a e Prática de Culto .

As queixas músculo-esqueléticas são comuns após fraturas do fémur (Butler et al, 2011), ocasionadas pelo trauma lesional e cirúrgico, condicionando a mobilização e a carga durante a marcha e portanto os resultados finais da recuperação. A dor é a queixa mais frequente destas condições, estimando-se que cerca de 47% dos indivíduos a mantenham ao fim de um ou mais anos, cuja manifestação tem uma variabilidade de aproximadamente 23% para a dor leve, 24% para a dor moderada e 2% para a dor severa (Bertram, 2011). Também na sua revisão, Kristensen (2011)

conclui, que os níveis elevados de dor não condicionando a mortalidade, influenciam os resultados funcionais, cuja evidência é forte sobretudo para os de curto prazo.

A presença de dor pós-AVE é também comum, com manifestações que podem incluir dor do tipo central, dor no ombro ou na região lombar ou ainda dor relacionada com o aparecimento da espasticidade. A prevalência das dores músculoesqueléticas após AVE é importante, relacionando-se sobretudo com a fraqueza muscular e com as modificações de modulação do tônus muscular (Tuveson, Leffler & Hansson, 2009; Baron, 2009).

As variáveis independentes que mais influenciaram a presença das Queixas de Saúde foram a ausência de Equipa Multidisciplinar e do Contacto Telefónico com a Família, sendo vários os estudos que têm concluído acerca da importância e dos benefícios favoráveis que as intervenções multidisciplinares e o suporte familiar oferecem na recuperação dos indivíduos.

Os programas de reabilitação oferecidos por Equipas Multidisciplinares devem compreender além das equipas médicas e de enfermagem, a intervenção de disciplinas variadas de profissionais (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, neuropsicologia, nutrição) e também o planeamento da alta que deve incluir pelo menos uma visita domiciliar. Por exemplo, nas *guidelines* de Mak et al, 2010, referentes à reabilitação após fratura do fémur a evidência reportada para esta variável, vai no sentido deste tipo de intervenção poder reduzir o risco de mortalidade e complicações, apesar de não diminuir o tempo de internamento, nem aumentar a recuperação funcional destes doentes. Contudo, encontrámos estudos posteriores a esta revisão, cujos resultados concluíram melhorias funcionais associadas à presença e intervenção de equipas multidisciplinares (Tarazona-Santabalbina et al, 2012; Della Rocca & Crist, 2013; Shyu et al, 2013). Alguns autores defendem mesmo que as intervenções devem ir além da intervenção multidisciplinar; devem ser intervenções/cuidados abrangentes (*comprehensive care*) às quais se somam além deste tipo de intervenção, a abordagem nutricional, a gestão da depressão e a prevenção das quedas (Shyu et al, 2013; Saltvedt et al, 2012), sendo também assumido de forma transversal, a importância da precocidade dessas intervenções. Nestas

circunstâncias, é superior a oportunidade dos utentes serem estimulados e intervencionados de uma forma mais estruturada e sistematizada, tendo em conta a especificidade do conhecimento dos profissionais.

Relativamente à intervenção multidisciplinar na gestão e acompanhamento dos doentes com sequelas de AVE, existe uma evidência forte (nível A, segundo o *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*) que corrobora também a importância da equipa multidisciplinar nesta condição (Fontes & Cintra, 2013), sobretudo se acrescentada a possibilidade dessa assistência ser em unidades especializadas, as chamadas *Stroke Units* e no que concerne à mortalidade e à independência funcional (Stroke Unit Trialists Collaboration, 2013).

No contexto da presente investigação todas as unidades possuíam o apoio da fisioterapia, mas nem todas possuíam a presença de terapeutas ocupacionais, e quando estes existiam, o seu número não ia além da unidade. Relativamente aos outros profissionais, por exemplo terapeutas da fala ou neuropsicólogos, a sua escassez ainda era mais notória. Apercebemo-nos também que eram poucos os profissionais com especialização ou conhecimentos diferenciados na área da geriatria, e que no planeamento da alta nunca foi incluída a visita domiciliar.

Quanto ao Contacto Telefónico com a Família durante o internamento, a percentagem de indivíduos que nunca experienciou esta possibilidade foi elevada (40,8%) refletindo um risco aumentado para o aparecimento de Queixas de Saúde (OR=3,1). Estes resultados fazem supor que a utilização pessoal de telemóveis é diminuta e isso deve-se provavelmente à média elevada da idade da amostra e à sua ruralidade, mas dão a entender também que os profissionais de saúde não incentivaram este contacto quer junto das famílias, quer junto dos próprios utentes, estabelecendo eles próprios se necessário esta aproximação.

Na literatura não encontramos a identificação isolada desta variável associada a resultados da saúde ou da funcionalidade durante a hospitalização. No entanto, achamos ser lícito aceitar que esta forma de apoio ou relacionamento, a par das visitas pessoais dos membros da família, constituem um facilitador para a recuperação dos indivíduos. Nesse contexto, a literatura é vasta na conclusão de que a presença e

participação dos familiares e amigos como parceiros dos cuidados e cuidadores formais, proporciona a redução dos custos, melhora a gestão das doenças crónicas e agudas, melhora a continuidade e os resultados dos tratamentos, prevenindo ainda as readmissões hospitalares.

As regras e os protocolos relativos à gestão das visitas nas instituições de saúde continuam muito restritivos relativamente aos horários e, o estímulo para o contacto telefónico costuma ser inexistente. Este aspeto merece na nossa opinião uma revisão no sentido de criar estratégias para potenciar e estimular a participação e o suporte da família durante a hospitalização, começando talvez por abandonar o conceito limitativo e confinante de “visitas”, ou nas palavras de Leape et al, 2009 (pg 426): “... *respected as part of the care team - never visitors - in every area of the hospital, including the emergency department and the intensive care unit*”. Esta alteração que não deverá ser estritamente linguística, deve permitir que as “famílias” escolhidas pelos utentes sejam reconhecidas não como visitantes, mas como elementos integrados e integradores das equipas profissionais, com manifestação ao nível da qualidade e da segurança dos cuidados, verdadeiramente concordante com o modelo de intervenção centrado no indivíduo e na família.

A presença de deficiências nas Funções Emocionais (tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade) fez duplicar a manifestação de Queixas de Saúde. Os aspetos psicológicos envolvidos perante a situação de incapacidade adquirida originam respostas emocionais, independentemente da sua maior ou menor gravidade, capazes de fazer aumentar as queixas dos indivíduos (Oliveira, 2002). Nesse sentido e como destaca este autor, os aspetos depressivos nos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas assumem-se como fundamentais no processo geral de reabilitação.

A presença de queixas músculo-esqueléticas sobretudo as dores articulares, são comuns nos idosos, cuja presença se deve sobretudo às alterações estruturais decorrentes da osteoporose, da osteoartrite e da osteoartrose, existindo uma relação bidirecional complexa entre a presença de dor e as manifestações depressivas, cuja predição é também bidirecional (Cho et al, 2006), da mesma forma que a presença de cada uma complica a abordagem e o tratamento da outra. As explicações biológicas

desta comunhão são partilhadas por questões genéticas, estruturais, funcionais ou neuro endócrinas (Narasimhan & Campbell, 2010).

São muitos os estudos a concluir que a presença de sintomas depressivos após fratura do fémur tem uma prevalência elevada, com repercussões ao nível das queixas de saúde em geral ou dos diferentes domínios da perceção da saúde. Estas conclusões encontram-se tanto em estudos transversais quanto longitudinais, apesar de nem sempre ser claro que estes sintomas surjam após a lesão, ou se os indivíduos já os possuíam previamente, uma vez que esta condição é também precipitante para a ocorrência de quedas. De qualquer forma, a presença de sintomas depressivos surgem nos estudos associados à presença ou ao aumento de queixas, sobretudo de dor moderada ou severa, mas também relacionados com outros domínios da saúde, recolhidos por exemplo pelo SF-36 (Herrick et al, 2004; Shyu, 2008). No estudo experimental de Phillips e da sua equipa (2013) é sugerido que corrigindo os níveis de cortisol nos indivíduos com sintomatologia depressiva após fratura do fémur, é possível melhorar os seus resultados e a sua recuperação.

Também nos AVE os sintomas depressivos podem ter uma relação importante com a sintomatologia dolorosa, sobretudo na presença da dor crónica. No ensaio PROFESS - *Prevention Regimen for Effectively avoiding Second Stroke*, com um *follow-up* de 15 754 participantes durante 2,5 anos, foi detetada uma prevalência de pelo menos uma dor crónica em cerca de 11% dos indivíduos, sendo que um dos seus preditores foram os sintomas depressivos (O'Donnell et al, 2013).

As Atividades/Participação que influenciaram a presença de Queixas de Saúde foram as limitações na Mobilidade na altura da alta, mas também a Comunicação na admissão.

A Mobilidade (onde se inclui a marcha, mas também as transferências básicas) é dos aspetos fundamentais da funcionalidade humana, aparecendo descrita como um dos preditores mais importantes do declínio funcional da população idosa. São várias as funções fisiológicas que estão afetadas à sua capacidade e desempenho, podendo neste conjunto ser evidenciada a força muscular, apesar de para alguns autores, a potência muscular ser mais discriminativa para esta atividade, no que diz respeito à população

idosa (Reid & Fielding, 2012). Independentemente da condição de saúde associada ou adquirida, esta função tem uma queda vertiginosa no processo de envelhecimento, que a par das inter-relações com as alterações estruturais (por exemplo, a redução seletiva no número e tamanho das fibras do tipo II ou o aumento da gordura infiltrada) e o sistema neuromuscular (por exemplo ativação neuromuscular ao nível do torque, potência e ativação muscular do agonista) são as grandes responsáveis pelas limitações da mobilidade observadas neste contexto (Reid & Fielding, 2012).

A impossibilidade para a marcha, após AVE tem uma frequência elevada, sobretudo durante o 1º mês, sendo a habilidade que os indivíduos mais ambicionam adquirir e aquela onde os cuidadores mais se empenham (Preston et al, 2011). Da mesma forma, esta incapacidade tem também valores substanciais após fratura do fémur; a percentagem de indivíduos que não chega a adquirir a sua funcionalidade pré-morbilidade pode atingir os 89%, sendo que quase 20% poderá permanecer imobilizada (Vochteloo et al, 2013).

A possibilidade das queixas de saúde poderem ter sido potenciadas por esta incapacidade parece-nos linear, quer pela elevada taxa de indivíduos nestas circunstâncias, quer pela importância que esta atividade desempenha na vida de qualquer um. O receio e a frustração de regressar a casa com a impotência de se mobilizar de forma autónoma, terão pactuado para que as Queixas de Saúde destes indivíduos se tenham evidenciado, com evidência para o binómio imobilidade/dor.

Relativamente à Comunicação, o seu contributo para o aumento das Queixas de Saúde, não estarão longe daquelas que adiantámos para a ausência da Comunicação Telefónica com a Família. Os indivíduos que na altura da admissão na Rede não podiam experienciar esta ação, ter-se-ão sentido menos acompanhados, com menos possibilidade de partilharem os seus receios e ansiedade, recebendo menos conforto e estímulo dos seus familiares e amigos, aspetos que poderão ter agravado as suas queixas.

Fazendo uma apreciação mais abrangente desta variável e aumentando a sua ação para além das relações familiares, encontramos na literatura resultados que comprovam a sua eficácia no contexto da saúde e da funcionalidade dos indivíduos. De

facto, a telemedicina ou a telereabilitação têm sido sujeitas a provas cada vez mais variadas, sobretudo junto de indivíduos mais carenciados ou que vivem mais isolados, como forma de monitorizar ou estimular determinadas práticas ou intervenções em saúde. Por exemplo, a sua concretização através de mensagens via telemóvel, tem sido exposta em vários contextos, com resultados significativos na melhoria dos comportamentos, da adesão à terapêutica, da funcionalidade ou da auto percepção da saúde. Neste quadro, a capacidade de “usar telefone” passa a ter uma importância superior àquela que habitualmente lhe damos, enquanto possibilitadora da monitorização e do suporte após a alta.

Pertencendo ainda aos Fatores Contextuais mas com uma influência menor no *outcome* Queixas de Saúde e com um valor de OR aproximado entre si, surgiram o Rácio Doentes/Terapeutas, a existência de Internamentos Hospitalares Anteriores e a Prática de Culto.

O Decreto-Lei n.º 101/2006 que regulamenta a criação da RNCCI não faz qualquer referência ao rácio de profissionais/doentes, podendo esta situação criar ambivalência na gestão desses recursos, mas sobretudo precipitar para a desigualdade no acompanhamento dos utentes e dos resultados alcançados. Os rácios relativos aos profissionais de saúde dão a sua dotação, sendo que esta definição incorpora a relação equilibrada entre qualidade e quantidade dos profissionais prestarem os seus cuidados de forma segura. Os utentes internados nas diferentes tipologias da Rede, são utentes com necessidades muito variadas mas com um denominador comum que é o facto de serem indivíduos com uma média de idade elevada, portadores de co morbilidades extensas e cujos cuidados são abrangentes e exigentes. Nesse sentido, parece-nos ser necessário uma definição clara e estruturada relativamente ao rácio de terapeutas para estas unidades. Encontrámos locais com a existência de um só fisioterapeuta a tempo inteiro para um universo de 20 camas. Voltando à definição de rácio onde se integra o conceito da qualidade e da segurança, julgamos que este aspeto merece uma revisão séria e urgente e com certeza não só relativamente ao rácio dos terapeutas, mas também de outros profissionais.

A par do tempo de internamento e da polimedicação, a existência de Internamentos Anteriores é considerada um fator de risco intra-hospitalar para os resultados finais funcionais e para novas readmissões (Garcia-Pérez et al, 2011; Preyde & Brassard, 2011). O facto de o indivíduo já ter estado internado é uma característica que demonstra uma fragilidade prévia e que pode potenciar as suas queixas. A percentagem da população idosa que sofre um reinternamento num espaço de tempo curto (< 30 dias) é importante, sobretudo nos indivíduos com doença cardíaca, AVE ou Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. No estudo de Lum et al (2012), indivíduos nestas circunstâncias evidenciaram um risco elevado de mortalidade, associado a outras características como a idade, baixa renda, estado de saúde desfavorável ou limitação na mobilidade. Estes autores advertem que as readmissões hospitalares precoces constituem um risco acrescido para a mortalidade a um ano, devendo ser um indicador importante para os decisores e profissionais no que concerne às políticas de atendimento dos cuidados de saúde.

A associação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde física e mental, onde se incluem as queixas de saúde, tem despertado nas últimas décadas um interesse crescente na comunidade científica. Esta conclusão é atestada pela revisão de Koenig, 2012, talvez a maior revisão sistemática nesta matéria, abrangendo estudos desde 1872 e onde são avaliados os impactos negativos e positivos que a religiosidade/espiritualidade têm na saúde mental e física dos indivíduos. Naquilo que diz respeito à dor ou aos sintomas somáticos angustiantes, este autor conclui que estas funções podem motivar os indivíduos a procurar consolo na religião através de atividades como a oração ou o estudo das Escrituras. Apesar da maioria dos estudos examinados por Koenig referirem uma relação inversa entre a prática de religiosidade/espiritualidade e a sintomatologia da dor, são também referidos estudos onde esta relação se estabelece de forma diferente. De qualquer forma, a conclusão vai no sentido de que a meditação é particularmente eficaz na redução da dor com resultados mais ampliados quando essa meditação tem um enfoque religioso.

Quando discutirmos a Crença Religiosa no modelo de regressão das Funções Emocionais, abordaremos de uma forma mais estruturada as razões que suportam estas conclusões.

O modelo explicativo para a presença de deficiência nas Funções Mentais foi constituído por duas variáveis pertencentes aos Fatores Pessoais – Perceção da Saúde Mental e Idade – e pela função Queixas de Saúde na Admissão. Fizeram também parte deste modelo três variáveis do componente Atividades/Participação – Comunicação e Áreas Principais da Vida à altura da alta e a prática de Atividade Física.

A Perceção da Saúde Mental desfavorável fez aumentar de forma importante a presença de deficiência nas Funções Mentais (OR=6,1). A auto perceção do estado de saúde física e ou mental, é um importante indicador de saúde dos indivíduos, bem como um forte preditor da mortalidade, morbilidade e da utilização dos serviços de saúde (Vintém, 2008). Muitos estudos têm avaliado as suas correlações e os seus preditores, cujas conclusões apontam globalmente no sentido de que a sua interação com os fatores biopsicossociais é complexa e multidirecional (Sargent-Cox, Anstey & Luszcz, 2008; Sargent-Cox et al, 2011).

Desta forma, a autoavaliação da saúde é também um determinante que afeta as funções cognitivas, sendo esta conclusão recolhida em diferentes grupos etários de idosos (Montlahuc et al, 2011; Sargent-Cox et al, 2011). Uma auto avaliação pobre acerca da saúde pode permitir identificar precocemente indivíduos em risco, sobretudo naquilo que é a sua associação com problemas de memória (Sargent-Cox et al, 2011). Por exemplo, no estudo longitudinal de Bond et al (2006) (seguimento de 10 anos), a perceção desfavorável dessa função quase triplicou o risco (OR=2,7) para o aparecimento de novas alterações cognitivas.

A limitação nas atividades “Usar Telefone” e “Gerir Dinheiro” explicou de uma forma importante a presença de deficiência nas Funções Mentais (OR=4,6 e OR=4,1 respetivamente).

O desempenho de atividades mais elaboradas como são o “uso do telefone” ou a “gestão do dinheiro” exigem uma gama mais alargada e complexa de funções cognitivas. Na revisão de Gold (2012) por exemplo, a memória, as competências verbais e a velocidade psicomotora, são apresentadas com tendo uma importância elevada nesse contexto. Este autor ressalta ainda o papel que a memória tem na socialização dos idosos, sendo que o telefone é uma via de socialização, que pode

ser interrompida na presença dessa disfunção. A tarefa ou ação de telefonar, exige um planeamento a par da memória de trabalho, funções que segundo Aretouli & Brandt (2009), estão muito frequentemente limitadas em indivíduos com pequenos défices cognitivos.

Ainda na revisão de Gold (2012), é possível concluir que a “utilização do telefone” pertence ao conjunto das atividades instrumentais com maior poder preditivo para a demência a par da “gestão do dinheiro”, a “toma da medicação” e o “uso de transportes”. Esta conclusão foi idêntica à de Kim et al (2009), cuja amostra foi constituída por idosos com deficiência amnésica *versus* idosos sem qualquer disfunção.

Apesar de não ser a atividade instrumental mais frequentemente observada como limitada, “gerir o dinheiro” é o preditor mais precoce (Gold, 2012) e importante do declínio cognitivo (Mariani et al, 2008; Kim et al, 2009). Por exemplo, no estudo longitudinal de Pérès et al (2008), dez anos antes do início da demência, a restrição na gestão financeira foi o preditor mais importante dessa condição. Esta informação merece ser adotada nas estratégias de avaliação e intervenção dos problemas cognitivos e das atividades instrumentais, a par da melhoria da discriminação e sensibilidade das suas questões.

A capacidade para “gerir o dinheiro ou as finanças” engloba um conjunto de habilidades como são os aspetos conceituais, pragmáticos, processuais e de julgamento que vão sendo adquiridos ao longo da vida (Marson et al, 2000; Widera et al, 2011) e cuja vulnerabilidade surge facilmente perante alterações cognitivas (Marson et al, 2000; Marson et al, 2009; Triebel et al, 2009). Este envolvimento precoce pode ocorrer em uma ou várias tarefas que envolvem esta atividade; competências básicas como identificar e contar o dinheiro, compreender o valor dos objetos e das transações e por isso estabelecer transações adequadamente, entre outras (Widera et al, 2011). Tendo em conta o poder preditivo que esta atividade pode ter na identificação de défices cognitivos e de forma mais abrangente na limitação de outras atividades diárias, estes autores construíram um fluxograma de diagnóstico e um conjunto de questões que permitem antecipadamente a deteção deste problema,

minorando assim no futuro as consequências que esta limitação traz para os utentes e familiares.

A Idade contribuiu para explicar as deficiências mentais em estudo, sendo que os idosos com 85 ou mais anos apresentaram uma possibilidade aumentada de apresentar esta deficiência (OR=1,8). As alterações estruturais e fisiológicas que associam a idade e as funções mentais estão bem documentadas na literatura, mesmo na ausência de uma condição específica de saúde, como aliás já tivemos oportunidade de abordar. A literatura é consensual em admitir que globalmente as alterações cognitivas aumentam com a idade, da mesma forma que elas são frequentemente observadas como sequelas após os AVEs (Gottesman & Hillies, 2010). Apesar de só termos avaliado as funções de orientação e de estas não serem habitualmente consideradas de forma isolada nos estudos, na revisão de Gottesman & Hillies (2010), é referido que a frequência de alterações cognitivas nas primeiras semanas após AVE pode ultrapassar os 70%. Ainda segundo estes autores, o preditor mais significativo para esta ocorrência é a idade.

Na revisão de Cumming, Marshall & Lazar (2013) conclui-se ainda que embora não haja um perfil consistente para os défices cognitivos após AVE, a lentidão no processamento das informações e as disfunções executivas apresentam-se como predominantes, aspetos que no fundo estão de acordo com a senescência cognitiva associada à idade. Estes autores adiantam também que as técnicas de reabilitação cognitiva têm demonstrado eficácia nos défices corticais focais, como a negligência e a afasia, mas que perante alterações mais difusas, os seus resultados são menos evidenciados. Ressaltam ainda a confiança de que num futuro próximo as técnicas relacionadas com a promoção da plasticidade neuronal (exercício, musicoterapia, estimulação magnética transcraniana, adaptação prismática e agentes farmacológicos) possam demonstrar melhorias nas funções cognitivas destes e de outros doentes.

A ausência de Atividade Física na pré-morbilidade teve a mesma prestação e significância que a Idade no modelo explicativo das deficiências das Funções Mentais.

A importância que o exercício ou a atividade física têm na saúde física e mental dos indivíduos está cada vez mais bem documentada e a sua dose-efeito bem estruturada,

sendo considerados um determinante da saúde e do envelhecimento saudável. São também hoje em dia, um recurso com evidência demonstrada na abordagem e gestão de diversas condições de saúde.

A melhoria do desempenho cognitivo associada ao aumento da atividade física tem mostrado a sua eficácia no contexto de diversas doenças, nomeadamente na doença de Alzheimer e na esclerose múltipla, manifestados através do aumento da velocidade cognitiva, da atenção e do controlo executivo (Cumming, Marshall & Lazar, 2013). Os resultados do exercício no AVE não costumam ter o seu foco principal nas alterações cognitivas, apesar de existirem ensaios que proclamam esses benefícios (Quaney et al, 2009; Cumming et al, 2012).

No entanto, na presente investigação a conclusão recai sobre o facto dos indivíduos que não praticavam anteriormente atividade física verem aumentada a possibilidade de terem alterações cognitivas, concretamente as respeitantes à orientação, após a condição de saúde adquirida.

Na última revisão sistemática da Cochrane sobre este assunto (Angevaren et al, 2008) os resultados encontrados em indivíduos sem défice cognitivo, relatam que o exercício aeróbio permitiu um aumento de cerca de 14% na capacidade cardiorrespiratória, coincidente com melhorias na capacidade cognitiva. Apesar dos autores advertirem cuidado na interpretação dos resultados, observaram-se melhorias na atenção auditiva e visual, funções da memória e processamento da informação. As advertências vão no sentido de se conhecerem com maior exatidão os resultados que o exercício aeróbio ou outras metodologias de treino, produzem direta e efetivamente nas funções cognitivas, importando ainda conhecer que efeitos se mantêm após a aquisição de uma lesão, doença ou trauma.

Sobre esta possibilidade, a revisão de estudos prospetivos de Ahlskog et al (2011), avaliou a evidência do exercício enquanto neuro protetor, tendo-se concluído que o exercício praticado durante a meia-idade, pode reduzir posteriormente o risco de adquirir défices cognitivos leves. Esta possibilidade assenta na observação de um volume superior do hipocampo e na maior capacidade da memória espacial, a par da diminuição na perda da substância cinzenta. Ainda nesta revisão, os autores

descrevem que estudos realizados em animais já comprovaram que o exercício facilita a neuroplasticidade (sobretudo no processo de aprendizagem) e a indução de fatores neurotróficos, que poderão ser replicados indiretamente para os seres humanos.

As Queixas de Saúde revelaram ter um efeito protetor nas deficiências mentais, ou seja, os indivíduos que evidenciaram mais queixas apresentaram menor possibilidade de ter deficiência nas funções de orientação. Encontramos alguns estudos que exploram a dificuldade na avaliação e abordagem da sintomatologia de idosos com alterações cognitivas, deixando transparecer que as pessoas nestas condições tendem a manifestar-se menos. Ou seja, a pesquisa refere que a experiência da dor por exemplo, é influenciada por processos neuropatológicos, como são as deficiências da memória, sugerindo que a sintomatologia dolorosa diminui na presença de défices cognitivos, a par de uma manifestação verbal ou comunicação pobres desta condição (Gabre & Sjöquist, 2002). Esta conclusão foi obtida pelo estudo longitudinal de Burfield et al (2012), com uma coorte de 52 996 idosos assistidos em unidades de longa duração, cujos resultados revelaram que os indivíduos com défices cognitivos, independentemente da sua severidade, manifestavam menos a sintomatologia dolorosa, quer em termos de frequência, quer em termos de intensidade. Este aspeto acarreta uma grande responsabilidade por parte dos profissionais envolvidos nas intervenções com estas populações, no sentido que seja garantida a correta monitorização e gestão desta função. Algumas decisões sobre este assunto poderão passar pela protocolização específica da avaliação da dor e da analgesia, criando um fluxograma facilitador da comunicação interdisciplinar para a abordagem e intervenção destes doentes (Mehta et al, 2010).

Para o modelo de regressão do *outcome* das Funções Emocionais, contribuíram sobretudo Fatores Pessoais: a Perceção desfavorável da Saúde Física e Mental e não ter Crença Religiosa. Explicaram também esta deficiência a presença de Queixas de Saúde na admissão na Rede e a limitação na atividade “usar telefone” no momento da alta.

As disfunções emocionais, cujas alterações mais comuns são as ligadas às manifestações depressivas, têm causas diversas na população idosa. O aparecimento e

a sua manutenção devem ser entendidos como uma interação entre vulnerabilidades que incluem fatores genéticos, alterações cognitivas associadas à idade, alterações neurobiológicas e eventos stressantes (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

No contexto das condições de saúde mais frequentes da presente investigação, encontramos também vários estudos que concluíam sobre a presença de fatores condicionantes ao aparecimento de alterações emocionais. Por exemplo, e no que concerne ao AVE, as alterações emocionais nesta condição têm uma taxa elevada, sendo também verdade que a sua presença pode precipitar para a ocorrência do AVE (Djernes, 2006; Fiske, Wetherell & Gatz, 2009). Alterações estruturais ao nível da substância branca subcortical e dos gânglios basais, ou a hipoatividade das estruturas corticais e a hiperatividade das estruturas límbicas podem explicar a presença de alterações emocionais após lesão cerebral (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009).

Para os doentes com AVE, a incapacidade adquirida e a história anterior de depressão são os preditores mais importantes para a ocorrência de depressão, podendo também e segundo a revisão exaustiva de Ayerbe et al (2013), promoverem estas manifestações, as alterações cognitivas, a severidade do AVE a ausência ou a debilidade do suporte social e a ansiedade. Quanto aos *outcomes* da depressão no AVE os estudos são menos numerosos e robustos metodologicamente (Ayerbe et al, 2013). Segundo ainda estes autores a perceção desfavorável da qualidade de vida será a variável a ter mais em conta, apesar de na revisão de Turner-Stokes & Hassan (2002), terem sido também considerados níveis elevados de incapacidade, envolvimento pobre no processo de reabilitação, permanência hospitalar prolongada e deficiências cognitivas, se bem que nesta revisão a separação entre preditores e *outcomes* não esteja suficientemente clara.

Também na revisão de Marks (2010) (amostra composta por estudos de 1970 a 2009) a presença de depressão com ou sem défices cognitivos é referida como um dos fatores de risco para as quedas e para as fraturas. Por outro lado, a sua presença é também considerada um fator de mau prognóstico nessas condições (Kristensen, 2011).

A par das manifestações depressivas, os sintomas ansiosos são os mais comuns na população idosa, cuja prevalência também aumenta com a idade. Na revisão de Lenze & Wetherell (2011), o apuramento relativo aos maiores estudos epidemiológicos, revelou que estas disfunções estão presentes entre 1,2% e 15% dos idosos a viver na comunidade, mas que esse valor sobe para 28% quando o contexto são as instituições de saúde. Os autores advogam um conjunto de fatores de risco para a manifestação da ansiedade ao longo da vida e para o seu aumento em idades mais avançadas, que incluem fatores neuro biológicos, psicológicos e sociais. Sobre os primeiros a desconexão funcional entre a amígdala e algumas regiões frontais (nomeadamente entre o córtex pré-frontal ventromedial e dorsolateral), parece ser a causa mais determinante associada à idade. No grupo dos segundos, aparecem o género feminino, as condições crónicas de saúde, a perceção desfavorável da saúde ou estratégias de *coping* pobres ou inexistentes, entre outros.

A Perceção desfavorável do Estado de Saúde, tanto Física quanto Mental aumentou de forma importante a possibilidade dos indivíduos apresentarem deficiência nas Funções Emocionais (OR=3,1 e OR=3,0 respetivamente), resultado concordante face ao que acabámos de expor e tendo em conta as características já conhecidas dos constituintes da amostra. Na extensa revisão de Vink, Aartsen & Schoevers (2008), onde os autores analisam de forma detalhada os fatores de risco tanto da depressão quanto da ansiedade, explorando as suas semelhanças e diferenças, a auto perceção da saúde é um dos fatores determinantes e referidos para ambas as condições. O *cluster* auto perceção da saúde, número de doenças crónicas (onde se incluem as deficiências visuais e auditivas) e a incapacidade funcional é um importante preditor para a manifestação de sintomas depressivos e de ansiedade. De facto, este conjunto de fatores está intimamente relacionado, sendo que no nosso estudo ele aparece bem representado, dando suporte ao aumento de queixas emocionais do tipo depressivo e/ou ansioso.

Tendo em conta que as Queixas de Saúde se fazem manifestar na Auto Perceção de Saúde, a presença desta variável integra-se nos resultados das variáveis anteriores. Na revisão de Djernes (2006), as queixas somáticas foram referidas por muitos estudos como um importante preditor para a presença de alterações emocionais, cujos ORs

foram elevados. Estas manifestações apareceram ligadas fundamentalmente a condições crónicas, com ou sem dor, e em contextos habitacionais diversos (comunidade, cuidados de longa duração ou lares). Ainda na revisão de Djernes, os ORs da percepção desfavorável da saúde física e mental para o aparecimento de alterações emocionais, atingiram um limite superior respetivamente de 7,5 e 19,5.

A Crença Religiosa mais ainda do que a Prática de Culto para as Queixas de Saúde, foi uma variável importante neste modelo de regressão (OR=2,8). Alguns autores argumentam que a religiosidade/espiritualidade podem aumentar o sentimento de culpa concentrado no “sentimento de pecado” e, dessa forma levar à depressão (Koenig, 2012). No entanto, nos 444 estudos analisados por este autor (exclusivamente relacionados com a depressão), a grande maioria conclui uma associação inversa entre esta sintomatologia e a religiosidade/espiritualidade ou uma remissão mais rápida dos sintomas quando o indivíduo experiencia essa vivência. Da mesma forma e relativamente à ansiedade, alguns investigadores afirmam que a prática religiosa/espiritual pode aumentar os níveis de ansiedade ou o medo por receio de punição ou condenação de atos ou gestos praticados, estabelecendo-se através de uma relação dupla ou como refere Koenig (2012), *“a religião conforta o aflitos e aflige o confortado”*. De qualquer forma, a maioria dos estudos independentemente da metodologia adotada, vai no sentido de que a religiosidade/espiritualidade diminuem os níveis de ansiedade.

As explicações apontadas por Koenig para os efeitos positivos que a religiosidade/espiritualidade oferecem à saúde mental dos indivíduos com repercussão ao nível da gestão da sintomatologia nefasta ou das funções emocionais, estabelecem-se fundamentalmente através de três razões. A primeira diz respeito ao facto da religião oferecer recursos de enfrentamento (cognições poderosas) que facilitam a resolução dos problemas; as religiões oferecem uma visão otimista do mundo que pode envolver a existência de uma força transcendental (Deus, Alá, Jeová, etc) que ama e é sensível às necessidades de cada um. Esta aproximação estabelecida através da oração reduz as angústias existenciais e normaliza mais facilmente as perdas, com uma avaliação intelectual menos penosa sobre os eventos negativos.

A segunda fundamentação apontada por Koenig faz recurso às regras e regulamentos (doutrinas) que as religiões possuem sobre a maneira de viver ou como tratar os outros. A obediência ou o cumprimento dessas normas, reduzem a probabilidade do indivíduo ter emoções negativas acerca de acontecimentos nefastos como são o divórcio, as dificuldades financeiras ou a doença.

Finalmente a terceira razão descrita por Koenig vai no sentido de que a maioria das religiões enfatiza o amor aos outros, a compaixão, promove as virtudes humanas e enaltece os atos altruístas, encorajados sobretudo durante os eventos sociais religiosos. Este conjunto de comportamentos ajuda o enfrentamento em momentos difíceis, desloca o foco de atenção e preocupação para o outro e melhora as relações sociais, cujos resultados fazem aumentar as emoções positivas e neutralizar as negativas.

A limitação na Comunicação/Usado do Telefone foi a única atividade que contribuiu para o aumento da manifestação de deficiências nas Funções Emocionais (OR=1,8). As limitações nas atividades, sobretudo nas do auto cuidado, são preditores importantes para as queixas depressivas (Djernes, 2006).

Se tivermos em conta que a utilização do telefone é uma forma de estabelecer e potenciar contactos e relações sociais, a sua ausência ou a sua dificuldade podem contribuir para o aumento de disfunções emocionais. De facto, tanto a revisão de Djernes, quanto a revisão de Fiske, Wetherell & Gatz (2009), é referida a associação negativa entre o suporte social e a depressão. Ou, visto de forma contrária, um fator protetor para a diminuição da ansiedade na velhice é o suporte social cuja viabilidade inclui também os contactos telefónicos (Lenze & Wetherell, 2011).

No entanto não será de desvalorizar também aqui, a relação bidirecional que se possa ter estabelecido; na presença de manifestações depressivas, a vontade de estabelecer relacionamentos está diminuída. Os indivíduos com esta sintomatologia tendem a isolar-se, a diminuir a sua rede social, onde se incluem os contactos telefónicos.

As variáveis do componente Funções que contribuíram para **o modelo de regressão da Incontinência** foram a deficiência nas Funções Mentais e as Queixas de Saúde na altura

da alta. A capacidade ausente ou diminuída para a Mobilidade aumentou de forma importante a limitação neste *outcome*, assim como a Percepção desfavorável da Saúde Física.

A incontinência urinária e as quedas, com as consequentes fraturas que provocam, são um dos grandes problemas associados ao envelhecimento que isoladamente ou em conjunto, se associam a uma significativa morbilidade e a um consumo elevado de recursos. A incontinência urinária é um dos fatores de risco para as quedas e talvez aquele que merece menos atenção (Morris & Wagg, 2007). Numa revisão com meta-análise que investigou a relação entre as quedas e a incontinência urinária e cujas amostras eram constituídas por idosos a viverem na comunidade, o risco para a queda aumentou tanto na presença da incontinência de urgência (OR=1,54), quanto na incontinência mista (OR=1,92) (Chiarelli, Mackenzie & Osmotherly, 2009). Os valores desta associação costumam ser mais elevados se estivermos a falar de idosos institucionalizados, pois a presença de co morbilidades é *à priori* também mais elevada e a o recurso à algaliação está muitas vezes sobre utilizado, conforme já tivemos oportunidade de referir.

São vários os estudos que citam a Incontinência também como uma das causas mais devastadoras e importantes dos resultados funcionais após AVE. No estudo de Yanagawa et al (2013), a incontinência, a idade e o estado de consciência logo após o AVE, foram consideradas as variáveis decisoras do prognóstico tanto em situação isquémica quanto hemorrágica, onde o OR da incontinência quase triplicou relativamente à idade. A continência depende de múltiplas vias, vários níveis de controlo e numerosos transmissores, sendo que em termos encefálicos são várias as estruturas implicadas. Segundo a imagiologia funcional, têm grande importância as estruturas relacionadas com o córtex anterior e o tronco cerebral Kuchel et al, 2009. Em idade avançada a presença assintomática de lesões isquémicas ou mesmo hemorrágicas aumenta (Kuchel et al, 2009) e se a essa ocorrência associarmos uma lesão mais extensa e aguda, poderemos ter aí a razão para a prevalência da incontinência e o impacto que ela produz nesta condição (Yanagawa et al, 2013).

A deficiência nas Funções Mentais foi a variável que mais contribuiu para a possibilidade dos indivíduos apresentarem incontinência (OR=4,5). Esta associação é assinalada por outros estudos (Huang et al, 2007; DuBeau et al, 2010; Smith et al, 2010), sendo contudo importante advertir que mesmo quando as alterações cognitivas possam não aumentar de forma direta a prevalência da incontinência, aumentarão a dificuldade em gerir e tratar esta deficiência (Huang et al, 2007). As necessidades cognitivas para a realização de múltiplas tarefas em simultâneo, como caminhar, contornar obstáculos durante o percurso, preparar o vestuário para urinar e ao mesmo tempo controlar o fluxo urinário, poderão estar alteradas na presença de défices cognitivos, explicando dessa forma a associação que se observa entre estas duas variáveis (Chiarelli, Mackenzie & Osmotherly, 2009). No entanto, necessitamos ainda de conhecer quais os domínios da cognição que poderão ter maior relação com a incontinência; os estudos mantêm muitas variáveis de confundimento, além de uma avaliação precária da própria incontinência (Huang et al, 2007; DuBeau et al, 2010).

A única atividade que contribuiu para explicar o modelo de regressão da Continência foi a Mobilidade; os indivíduos com ausência ou dificuldades nesta atividade mais que quadruplicaram a possibilidade de terem incontinência (OR=4,5).

A associação entre as dificuldades na mobilidade e a presença de incontinência apresenta-se nos estudos com um comportamento biunívoco, sendo aliás também a conclusão da nossa investigação, conforme veremos na discussão referente ao *outcome* da mobilidade.

A conclusão de que as dificuldades na mobilidade precipitam a presença de incontinência é descrita em múltiplos estudos (Jenkins & Fultz, 2005; Huang et al, 2007; Dumoulin et al, 2008; DuBeau et al, 2010). Se excluirmos as deficiências associadas ao sistema urinário, as limitações da mobilidade são consideradas a razão mais importante para o aparecimento da IU, quer de forma isolada, quer como consequência de outras condições de saúde adquiridas como são as lesões ou doenças do sistema músculo-esquelético ou o AVE (DuBeau et al, 2010). A mobilidade reduzida impede que o indivíduo chegue a tempo à casa de banho, precipitando a ocorrência da perda urinária/fecal.

A velocidade da marcha já revelou ser um bom preditor para o risco da incontinência, devendo por isso ser utilizado nas unidades geriátricas como um sinalizador importante para a intervenção precoce nestas situações (Ruggero et al, 2013). Da mesma forma, as intervenções que possam melhorar a capacidade na mobilidade (marcha, equilíbrio, força) deverão ser aplicados como um dos contributos para diminuir a frequência e a intensidade da incontinência urinária (Tak et al, 2012; Vinsnes et al, 2012), além de possibilitarem níveis superiores de autonomia/independência para a utilização da casa de banho.

A Perceção desfavorável da Saúde Física contribuiu também de forma importante para a presença de incontinência (OR=3,9), assim como a manifestação mais elevada de Queixas de Saúde (OR=2,1). Estas variáveis aparecem nos estudos não só associadas ao risco de incontinência, mas também com previsibilidade relativamente ao seu agravamento (Thom et al, 2010). No conjunto das queixas deveremos considerar além da dor, as manifestações subjetivas e associadas à presença da incontinência como são o desconforto durante a micção ou as manifestações associadas às infeções urinárias. Apesar de não termos recolhido informação sobre o tipo ou a severidade da incontinência, nem as manifestações somáticas a ela associadas, existe uma forma ou um tipo desta disfunção, relativamente comum nas unidades hospitalares, cuja manifestação se relaciona de forma substancial com este envolvimento: a incontinência transitória (Dowling-Castronovo & Specht, 2009). Para estes autores, as causas desta incontinência incluem além das infeções do trato urinário, determinados fármacos, estados depressivos, condições de saúde como a diabetes ou a insuficiência cardíaca, a imobilidade (associada ou não aos traumatismos) e ainda a obstipação.

É importante voltar a referir que este resultado pode também refletir a relação bidirecional que estas deficiências têm, a par das condições de saúde adquiridas e do internamento. Por exemplo, a IU é referida não só como um marcador da severidade do AVE, mas também um contribuinte importante para a diminuição da qualidade de vida e da satisfação (Edwards, Hahn & Dromerick, 2006; Tapia et al, 2013).

A avaliação e a intervenção da IU continuam subvalorizadas pelos profissionais, que se mantêm a considerá-la irremediavelmente associada à idade e aos diagnósticos e sem

possibilidade do seu curso ser alterado. As intervenções que hoje existem são cada vez mais variadas, disponíveis e acessíveis, permitindo aos indivíduos viverem com mais qualidade e sem imputação de custos para si, para os familiares ou para os sistemas. Identificar precocemente os fatores de risco e disponibilizar os recursos que cada um tem no âmbito do seu conhecimento e ação, permitirá reduzir este drama na vida de muitos idosos.

A possibilidade de limitação na Mobilidade aumentou de forma importante com a limitação nos Auto Cuidados na altura da admissão na Rede. Ter uma Perceção desfavorável da Saúde Física contribuiu também de forma substancial para a limitação nesta atividade. As deficiências nas Funções Mentais, nas Funções Emocionais e nas Queixas de Saúde no momento da alta, precipitaram de igual forma a ocorrência dos problemas ligados à Mobilidade.

A limitação nos Auto Cuidados na altura de admissão na Rede, fez aumentar consideravelmente as alterações ligadas à Mobilidade (OR=5,7). Tivemos contudo dificuldade em encontrar de forma isolada a caracterização das atividades do auto cuidado no seu prognóstico. Este aspeto assenta fundamentalmente em três razões: são muitos os estudos que englobam a própria mobilidade nas atividades de vida diária, quando as atividades aparecem separadas da mobilidade não se distinguem as relativas ao auto cuidado, por fim, o conjunto de atividades que agrupámos nestes domínios ainda não é comum aparecer nos estudos (a “toma de medicação” mantém-se nas atividades instrumentais). Por outro lado, as cinco atividades inseridas nos auto cuidados não terão todas a mesma influência na mobilidade; a “utilização da sanita”, o “banho” e o “vestir” serão aquelas cujos requisitos da mobilidade se fazem mais sentir e que deveriam ser mais detalhadamente analisadas nesta associação. Além disso, na maior parte dos estudos a mobilidade é sinónimo exclusivamente de marcha ou deambulação, não sendo consideradas as atividades que nós também aí englobámos.

Estas dificuldades testemunhámos nas revisões de Kwakkel et al (1996) e de Meijer et al (2003) referentes ao AVE; apesar da limitação nas atividades da vida diária aparecerem como fatores prognósticos da limitação da mobilidade, não são identificadas quais as atividades que mais contribuem para isso, além de que só

basicamente a marcha é considerada. Contudo, esta ligação tem subjacente sobretudo a paralisia acentuada do membro superior, enquanto preditor com evidência I, para os *outcomes* das atividades diárias aos 3 meses e consequentemente para a mobilidade (Veerbeek et al, 2011).

Relativamente às fraturas do fémur também não encontrámos as atividades dos auto cuidados associadas isoladamente no momento de admissão com os *outcomes* da mobilidade. Aliás, e segundo o modelo preditivo de Bellelli et al (2012), a capacidade neste domínio não deve ter em conta um só grupo de funções ou atividades; deve contemplar uma avaliação multidimensional que inclua tanto fatores pessoais, quanto funções e atividades. O modelo destes autores (capacidade para a marcha no momento da alta, aos 12 meses após a alta e a mortalidade aos 12 meses) revelou ainda que a importância destes elementos na admissão é superior quando comparada ao seu poder preditivo na pré morbilidade. De qualquer forma, quando é estudada a capacidade nas atividades exclusivamente na pré morbilidade, as conclusões vão no sentido de que ela também influencia os resultados imediatos e os resultados a longo prazo. Esta foi pelo menos a conclusão de Fukui et al (2012), onde o “banho” apareceu como a atividade com maior poder preditivo para a marcha, a par da utilização de uma bengala na altura da alta. De facto, o “banho” é uma atividade que envolve movimentos complexos e exigentes, fazendo sentido que tenha influência à *posteriori* nas funções ligadas à mobilidade.

A seguir às limitações nos auto cuidados, a Perceção desfavorável da Saúde Física foi a variável com o valor mais importante no *outcome* das atividades da Mobilidade (OR=4,2). Temos vindo a discutir a importância que a auto avaliação da saúde tem na funcionalidade dos indivíduos, da mesma forma que a mobilidade tem nessa funcionalidade, enquanto domínio básico da autonomia e independência dos indivíduos. Resta-nos por isso agora, discutir a importância e a relação que estas duas variáveis podem ter entre si. No domínio da mobilidade, a velocidade da marcha é definitivamente a variável que mais é estudada, devido ao seu valor preditivo na autonomia e mortalidade da população idosa, conforme também já previamente descrevemos. Dessa forma, será plausível aceitar uma associação entre a perceção da saúde e a mobilidade (e as funções que lhe estão afetadas), mas sobretudo considerar

que essa relação possa ser um indicador da incapacidade e da mortalidade dos idosos (Martinez et al, 2010). No estudo longitudinal destes autores com 745 idosos a viverem na comunidade, os resultados revelaram que aqueles que inicialmente classificaram como desfavorável a sua saúde, vieram posteriormente a ter um risco superior para diminuir não só a velocidade da marcha, mas também um risco mais elevado para a mortalidade.

Também no estudo de Kline Mangione et al (2008) a percepção da saúde correlacionou-se significativamente com a velocidade da marcha após fratura do fémur, nos cenários da saúde geral, da vitalidade e das funções sociais do SF-36, mantendo-se a saúde geral no modelo de regressão por *stepwise*, a par da força e do equilíbrio. Estes resultados demonstram bem a interação que a percepção da saúde tem nas funções e nas atividades, mas sobretudo a decisão que os fatores contextuais, neste caso pessoais, podem ter a par dos outros componentes da funcionalidade.

As deficiências nas Funções Mentais quase triplicaram a limitação na mobilidade (OR=2,7). São vários os estudos que referem a importância de algumas funções cognitivas para o equilíbrio e o controlo postural, nomeadamente o processamento da atenção. Já se concluiu por exemplo, que muitas das quedas não ocorrem ligadas isoladamente aos défices do equilíbrio, mas que a dificuldade em alocar de forma correta a atenção durante a marcha é de extrema importância, sobretudo quando há necessidade de executar outra tarefa ao mesmo tempo (Siu et al, 2008). No modelo do controlo postural sugerido por Mahboobin Loughlin & Redfern (2007) o desempenho para a execução da dupla tarefa é influenciado pela atenção. Para estes autores, o tempo de atraso no processamento da atenção que se observa nos mais velhos, tem influência na rapidez da readaptação postural, sobretudo quando são requeridas mais do que uma atividade ao mesmo tempo. A este défice de atenção não será também alheio a diminuição do processamento dos estímulos visuais e auditivos que se podem observar nesta população.

Além da atenção, as funções executivas e a memória de trabalho são também apontadas como tendo influência no desempenho da marcha, sobretudo na sua variabilidade (Montero-Odasso et al, 2012). Ou seja, a variação da velocidade da

marcha ou do comprimento do passo, necessários à adaptabilidade do meio ambiente, exigem *inputs* corticais superiores que na presença destes défices cognitivos podem não ocorrer. Desta forma, são vários os autores que elegem a variabilidade da marcha como um marcador sensível da disfunção do controlo cortical frontal. As alterações precoces da marcha devem ser avaliadas e intervencionadas a par das alterações cognitivas, fazendo uso de abordagens mais abrangentes, farmacológicas e não farmacológicas, que permitam diminuir a associação que se pode observar entre o declínio da mobilidade, as quedas e a progressão da demência (Montero-Odasso et al, 2012).

Todos os estudos que analisámos incluem a “utilização de transportes” como uma variável das atividades instrumentais, não a situando portanto no domínio da mobilidade. De qualquer forma, quando é considerada isoladamente, ela pertence ao grupo das atividades com pior desempenho na comparação entre indivíduos com alterações amnésicas e indivíduos sem alterações (Aretouli & Brandt, 2009; Kim et al, 2009). Na presente investigação julgamos que não terá contribuído para esta distinção, visto que quase todos os elementos da amostra mostraram dificuldade nesta atividade.

Tanto na revisão de Kwakkel et al (1996), quanto na de Meijer et al (2003), as alterações cognitivas aparecem também como fatores importantes para o desempenho da locomoção após AVE. Na primeira, a desorientação espaço temporal aparece discriminadamente como influenciando este resultado, na segunda, além das funções cognitivas do foro perceptual, as deficiências ao nível da orientação, memória, atenção e linguagem foram aquelas com maior influência.

No contexto das fraturas do fémur as alterações cognitivas surgem também associadas aos resultados na mobilidade e nas atividades diárias (Kristensen, 2011). Contudo, este autor adverte que mais importante que estas funções é o nível de mobilidade pré-fratura e a qualidade dos cuidados prestados. Ou seja, este autor conclui que os resultados alcançados na mobilidade são idênticos entre indivíduos com e sem alterações cognitivas, quando a pré mobilidade e a possibilidade de assistência especializada são idênticas. Esta conclusão merece-nos consideração ao sublinhar a

responsabilidade que as equipas têm sobre o potencial de reabilitação dos seus utentes.

Os indivíduos com um Estado Emocional desfavorável quase duplicaram a possibilidade de apresentarem limitações na mobilidade (OR=1,8).

As dificuldades que podem ocorrer relativamente à funcionalidade podem causar alterações emocionais, da mesma forma que um *status* psicológico mais pobre pode influenciar *outcomes* funcionais mais baixos (Lenze et al, 2004). Depressão, ansiedade, somatização ou *distress*, são as manifestações mais referidas na literatura nestas situações, estimando-se que a sua prevalência na população idosa possa variar entre 9% e 47% (Holmes & House, 2000). Além da condição de saúde atual, são várias as causas que podem constituir estas manifestações: fatores pessoais, como a idade, o sexo, as comorbilidades ou história anterior e também funções ou marcadores biológicos. Estes últimos têm sido bastante investigados nos últimos anos, destacando-se o aumento da concentração das citocinas inflamatórias, conforme já previamente abordámos (Matheny et al, 2011), mas também a função dos neutrófilos (Duggal et al, 2013) no que diz respeito às fraturas do fémur e igualmente a libertação de proteínas pró-inflamatórias nas lesões cerebrais (Robinson et al, 2010).

A influência das alterações emocionais na mobilidade e para o contexto das fraturas do fémur foi observado por outros estudos, mesmo quando os indivíduos ainda só se encontravam em risco de depressão (Shyu et al, 2012). Esta dependência poderá ser explicada pela falta de energia e motivação que condicionam a participação e a adesão aos planos terapêuticos, sobretudo os relacionados com mobilização e a atividade física.

Quanto às alterações emocionais pós AVE que encontramos referidas na literatura, elas englobam sobretudo a depressão, a ansiedade e a labilidade emocional, cuja associação com a funcionalidade alcançada se estabelece também de uma forma biunívoca. Concretamente no que diz respeito à depressão, a sua prevalência apresenta uma grande oscilação de valores, cujas variações dependem entre outras, da altura em que é avaliada e de estarmos a falar de depressão *major versus minor* (Robinson et al, 2010). Outro aspeto importante para a dificuldade de se conhecer

detalhadamente os valores da sua presença, são as dificuldades da comunicação verbal ou mesmo as alterações do nível de consciência que podem estar presentes após estas lesões (Robinson et al, 2010). Na sua revisão estes autores referem ainda a importância que o local e a extensão da lesão podem ter na manifestação da depressão pós AVE; na fase aguda, as lesões anteriores (mais externas) no hemisfério esquerdo, bem como no caudado e no putamen, terão uma determinação importante nestas situações.

A maior parte dos estudos conclui uma associação significativa entre a presença e a severidade da depressão pós AVE e a severidade na incapacidade das atividades diárias, apesar de a maioria não examinar de uma forma muito clara quem determina essa relação (Robinson et al, 2010).

Concordante com a presença da percepção desfavorável da saúde física, e até das funções emocionais, esteve a presença de Queixas de Saúde. A dor é o sintoma mais recorrente das condições de saúde músculo esqueléticas, bem como uma das sequelas *major* pós cirurgia. No estudo prospetivo de Morrison et al (2003) com 411 pacientes com sequelas de fratura do fémur, avaliou-se entre outras variáveis a interferência da dor na locomoção. Os resultados permitiram concluir que os indivíduos com *scores* mais elevados de dor demoraram mais tempo a realizar marcha no pós-operatório, revelaram menor autonomia nas transferências e ainda uma redução significativa da marcha aos 6 meses. A gestão adequada da dor no processo de reabilitação destes doentes pode permitir aumentar a recuperação funcional, bem como manter a longo prazo os seus resultados. A abordagem da dor continua subvalorizada e as *guidelines* raramente são tidas em conta, fazendo crer que a dor deve irremediavelmente fazer parte do processo da doença (Morrison et al, 2003).

Também já anteriormente falámos das manifestações e das causas que a dor pode ter após os AVEs, que por sua vez podem precipitar o aparecimento de outras queixas, como a fadiga e os distúrbios do sono, também muito comuns nestas situações (Naess, Beiske & Myhr, 2008). A presença de dor pode ocorrer em ambos os membros (paréticos e não paréticos), cujas razões poderão ser a imobilidade, alterações degenerativas anteriores ou alterações biomecânicas ocorridas após a lateralização

motora. As dores músculoesqueléticas após AVEs são mais comuns nos membros superiores paréticos devido sobretudo à presença da subluxação do ombro e às contraturas que se vão instalando, no entanto não quer dizer que essa condição não possa afetar a mobilidade dos indivíduos, ao acentuar ainda mais a assimetria dos hemicorpos e ao dificultar a interação entre o tronco e as cinturas escapular e pélvica. Além disso, observam-se também alterações cinemáticas no ombro não parético, que podem também condicionar estas alterações na mobilidade, além de terem relação com a dor no ombro parético (Niessen et al, 2009). A mobilidade pode também ser afetada pelas queixas neuromúsculoesqueléticas nos membros inferiores, cintura pélvica e mesmo coluna lombar, resultante das assimetrias estruturais que se vão estabelecendo, devido às alterações do tônus, da força e sobretudo da deficiente repartição da carga.

O *outcome* desfavorável observado nos Auto Cuidados deveu-se sobretudo e mais uma vez à baixa Percepção da Saúde Física, mas também à presença das deficiências cognitivas no momento da alta. Contribuíram de forma equitativa para estes resultados a Incontinência inicial e as atividades “usar telefone” e “gerir o dinheiro”. Novamente concordante com a Percepção da Saúde Física, surgiram as Queixas de Saúde na contribuição para o resultado final das atividades relacionadas com os Auto Cuidados. A variável Rácio Doentes/Terapeutas esteve também presente, se bem que tenha sido a variável menos importante neste modelo.

A Percepção desfavorável da Saúde Física foi a variável com o contributo mais elevado para a explicação do *outcome* dos auto cuidados (OR=4.9), sendo que as Queixas de Saúde também estiveram presentes neste resultado, se bem que de forma menos importante (OR=1,8).

A associação entre a percepção da saúde e a funcionalidade nas atividades da vida diária, tem sido estudada em diversos contextos habitacionais e na presença ou não de condições de saúde agudas. Talvez um dos primeiros estudos longitudinais mais representativos em termos amostrais tenha sido o de Lee (2000), constituído por 7 527 idosos a viverem na comunidade e pertencentes ao *US Longitudinal Study of Aging* (LSOA). Das três dimensões de saúde avaliadas (geral, física e mental) todas se

apresentaram como preditores do declínio funcional (atividades básicas e instrumentais) bem como da mortalidade, se bem com resultados diferentes relativamente à idade e ao género. Foi ainda possível concluir que a capacidade para cuidar da própria saúde era o preditor mais significativo para a funcionalidade em todas as atividades e também para a mortalidade. Foram consideradas no conjunto das atividades básicas, o banho, vestir, comer, utilizar a sanita e as transferências, variáveis que não são muito diferentes daquelas que pertencem ao nosso domínio dos auto cuidados e que permitem uma aproximação aos nossos resultados.

Estas foram também as conclusões e as variáveis analisadas no estudo de Boyington, Howard & Holmes (2008) com uma amostra de indivíduos com sequelas de AVE, cujos resultados para as atividades dos auto cuidados foram de igual forma influenciados pela perceção do estado de saúde mas exclusivamente para os idosos de raça caucasiana. Embora de acordo com estes resultados, Hillen e colegas (2003), fazem duas advertências importantes relativamente a esta associação: a recolha da informação tem uma fidedignidade superior quando é recolhida nas fases subagudas em que o perfil funcional está mais estabilizado, por outro lado, estes autores creem que em populações com incapacidades extensas reduzir a avaliação da perceção da saúde a uma única questão, pode ser redutor e enviesar mesmo os resultados, pois é elevada a percentagem de indivíduos com dificuldades em responder a essa questão.

As dificuldades que encontramos na autonomia/independência para as atividades dos auto cuidados não se devem exclusivamente a deficiências ou limitações motoras ou físicas, elas podem ficar potenciadas na presença de Alterações Cognitivas (OR=3,3). Este aspeto toma uma importância superior quando falamos de doentes com sequela de AVE. Esta associação já foi por nós abordada de uma forma específica por exemplo, na atividade de "vestir", tornando-se mais notória na presença de alterações visuoespaciais ou de apraxias (Walker et al, 2004). De facto, a presença destas disfunções reflete-se de forma importante nas tarefas do auto cuidado, sobretudo se tivermos em conta a sua associação com a bimanualidade, o espaço envolvente e a dissociação automático-voluntária do gesto. Dispomos hoje de um corpo alargado de evidências neurofisiológicas que suportam a relação entre a perceção e a ação, que permitiram inclusivamente o desenvolvimento das técnicas mais recentes da

reabilitação cognitivo-motora, como são a *mirror therapy*, a *constraint induced movement therapy* ou mesmo a *virtual reality*.

Julgamos ainda ser importante referir que o facto de termos considerado “a toma de medicação” neste conjunto de atividades pode ter tido influência na associação com os défices cognitivos. Os resultados do estudo ReGAI de Mariani et al (2008) revelaram que esta variável a par das “compras” e das “finanças” foi aquela que mais alteração revelou em idosos com défices amnésicos. De facto, de entre as atividades incluídas nos auto cuidados, a autonomia/independência da “toma de medicação” é mais exigente relativamente a algumas funções cognitivas, sobretudo as relacionadas com a memória (Gold, 2012). Estas conclusões tiveram também Gure et al (2013), onde a “medicação”, juntamente com o “banho” e “vestir” foram consideradas as atividades mais difíceis para os idosos com alterações da memória sem demência, apesar destes autores não terem considerado a medicação no conjunto das outras duas atividades.

Os indivíduos com Incontinência quase triplicaram a possibilidade de apresentarem limitação nos auto cuidados (OR=2,8). Se tivermos em conta, que no conjunto deste domínio considerámos a variável “usar sanita”, este resultado aparenta concordância entre função *versus* atividade, apesar de não existir uma implicação redutora entre elas. O indivíduo pode ser continente, mas não ter possibilidade de se mobilizar para exercer essa função, sendo verdade também que poderá ter habilidade motora para utilizar a sanita, mas ser fisiologicamente incontinente.

Na ausência de uma condição específica de saúde encontramos resultados similares no estudo de Nuotio et al (2003), cujos OR foram superiores nas mulheres (3,55 *versus* 2,59) e exclusivamente relacionados com a incontinência mista e de urgência, cujas atividades avaliadas englobaram além das relacionadas com os auto cuidados também atividades do âmbito da mobilidade. Resultados concordantes com estes foram observados em indivíduos com AVE; por exemplo, no estudo que já mencionámos de Edwards, Hahn & Dromerick (2006) e para o *follow-up* aos 6 meses, os indivíduos continentais apresentaram níveis superiores de desempenho nas tarefas dos auto cuidados avaliados pela Medida de Independência Funcional.

No contexto dos AVEs a incontinência pode manifestar-se por qualquer um dos tipos habituais, mas é muito comum também a incontinência dita funcional, onde se observa uma inabilidade para manter a continência devido a défices motores, como é o caso da paralisia ou da parésia que reduzem a possibilidade do acesso à casa de banho (Dumoulin, Korner-Bitensky & Tannenbaum, 2007). Neste caso fica não só limitada a possibilidade de usufruir da sanita, mas também todas as tarefas relacionadas com a higienização ficam igualmente prejudicadas.

As atividades “usar telefone” e “gerir dinheiro” deram cada uma o mesmo contributo para a limitação nos auto cuidados (OR=2,8). Já discutimos a presença deste par no modelo das funções mentais, cujo OR aí foi superior a 4 para ambas as atividades. Nessa altura, fizemos referência de uma forma detalhada às suas semelhanças respeitantes aos requisitos cognitivos, o que nos permite agora dizer que as explicações que na altura abordámos terão também manifestação no contexto dos auto cuidados. Ou seja, o facto de termos considerado neste domínio “a toma de medicamentos” explica que aquelas duas atividades possam ter tido uma influência no desempenho dos auto cuidados, pois as habilidades em termos cognitivos são consideradas idênticas entre as três. São vários os estudos em que este *core set* é descrito como preditor para o diagnóstico de alterações demenciais ou cujo desempenho permite distinguir indivíduos com e sem alterações cognitivas (Cromwell, Eagar & Poulos, 2003; Pérès et al, 2008; Kim et al, 2009). Aliás, e se quisermos ser mais precisos, podemos dizer que a “toma da medicação” partilha semelhanças com as “finanças” no que diz respeito às funções executivas (Mariani et al, 2008) e divide afinidades (se bem com necessidades superiores) com o “telefone” relativamente à memória prospetiva e temporal (Schmitter-Edgecombe, Woo & Greeley, 2009).

A validade de conteúdo que a “toma da medicação” tem com atividades mais elaboradas é referida por Elliot & Marriott (2009) na sua revisão sobre a validação de instrumentos de medida específicos para a capacidade de gerir a medicação. A associação da “medicação” com as denominadas atividades instrumentais é superior relativamente às básicas, da mesma forma que a maior parte dos instrumentos revelou uma associação importante com as funções cognitivas, apesar de muitos instrumentos

possuírem uma psicomетria fraca ou moderada e, a variabilidade amostral ser reduzida.

Ainda contextualizando as semelhanças cognitivas entre o par “telefone & finanças” e as tarefas do auto cuidado, talvez mereça também consideração a atividade “vestir”, no que concerne à partilha das habilidades visuo espaciais e até das funções executivas.

Também do ponto de vista motor poderemos justificar a posição de “usar telefone” e “gerir dinheiro” no desempenho do conjunto dos auto cuidados. Não havendo muitas semelhanças relacionadas com a mobilidade e o equilíbrio, há todavia habilidades manuais que são comuns entre estas atividades; a bimanualidade operacionalizada pela co coordenação punho/dedos, a destreza digital e de pinça, são todas ações que observamos no correto manuseamento do “telefone” ou do “dinheiro”, mas de igual forma no “vestir” ou na “medicação”.

Tal como tinha acontecido no modelo das Queixas de Saúde, a variável Rácio Doentes/Terapeutas voltou a contribuir para a explicação das limitações, agora no modelo dos Auto Cuidados (OR=1,3). Os aspetos que discutidos previamente sobre a importância desta variável, observam-se aqui de uma forma muito concreta no componente das atividades/participação. O tempo necessário para intervir em atividades relacionadas com a aquisição de competências nos auto cuidados, o chamando treino em atividades da vida diária, não é exequível face ao elevado rácio que observámos. Assim, este tipo de intervenções são relegadas para segundo plano ou são mesmo inexistentes, cingindo-se os terapeutas a intervir fundamentalmente sobre as funções de forma isolada (mobilidade, força, equilíbrio), sendo que a única atividade que acaba por ser efetuada confina-se à marcha.

Já tivemos oportunidade de fazer referência, à necessidade de alterarmos o paradigma relativamente aos processos de avaliação/intervenção, de acordo não só com aquilo que hoje assumimos como funcionalidade/incapacidade, mas também, mantendo fidelidade ao modelo centrado no indivíduo e na família. De facto, independentemente da importância que a funcionalidade das estruturas e das funções corporais representam na capacidade e no desempenho das atividades, são estas que importam

definitivamente ao indivíduo. Elas representam a sua verdadeira possibilidade de autonomia e independência no seu ambiente de vida real. Nesse sentido, devem os profissionais focalizar as suas ações para esse objetivo, adequando-os aos fatores contextuais que são de igual forma diferenciadores neste processo. Além disso, as técnicas reabilitativas com maior evidência apoiam-se sobretudo na estimulação de ações, tarefas ou atividades, muito mais estimuladoras dos processos de plasticidade, reorganização cortical e de reaprendizagem neuromotora, concordantes por isso com a aquisição da autonomia/independência das atividades e da participação. Acreditamos assim, que é necessário durante as intervenções reabilitativas, um maior investimento nas atividades da vida diária ou em ações ou tarefas que busquem essa autonomia. Tirar maior partido do espaço geográfico e do mobiliário que lhe está circunscrito, poderão também ser oportunidades para desenvolver de uma forma mais estruturada o desempenho para essas atividades.

Existiram duas atividades determinantes para a **manifestação de incapacidade para a Comunicação**: a limitação na Mobilidade e a “gestão do dinheiro” na altura da alta. O Fator Pessoal Escolaridade teve um peso importante neste *outcome* e o mesmo que a Incontinência no momento da alta. As deficiências das Funções Mentais, em ambos os momentos avaliativos, mas sobretudo o inicial, contribuíram também de forma importante para a capacidade de “usar telefone”. O Sexo apareceu com um efeito protetor nesta atividade; as mulheres apresentaram uma possibilidade menor para esta incapacidade face aos homens.

A incapacidade na Mobilidade foi a variável que mais influenciou a presença de limitação no “uso do telefone” (OR=4,6). Julgamos não existir uma aproximação importante entre os requisitos neuromotores da mobilidade e aqueles necessários para o desempenho do “uso do telefone”, sobretudo hoje em dia com o recurso aos telemóveis. A ligação entre estas variáveis ter-se-á estabelecido pelos requisitos cognitivos, aspeto que julgamos ganhar suporte quando também as funções mentais em ambas as avaliações deram o seu contributo para a incapacidade nesta atividade.

Nesse sentido, assumiremos a influência da marcha no desempenho da “utilização do telefone”, apoiando-nos no pressuposto que foram as deficiências nas funções mentais

que influenciaram as limitações na marcha para que esta afetasse os resultados deste *outcome*, como aliás já previamente se observou e discutiu.

Desta forma, resta-nos reforçar a ideia de que as alterações na marcha em indivíduos portadores de síndromes demenciais têm uma prevalência elevada, cuja observação se traduz fundamentalmente pela diminuição da sua velocidade, decorrente da diminuição do comprimento do passo e aumento da fase de apoio. Estas manifestações não estão só associadas às habituais alterações ao nível dos núcleos basais, do cerebelo ou das áreas motoras primárias, elas surgem também devido às deficiências nos processamentos da atenção e das funções executivas, aspetos fisiológicos essenciais para a execução de uma marcha segura (Beauchet et al, 2008). Estas duas funções poderão ter ficado afetadas em alguns doentes após o AVE, além de que podem ter constituído a causa do elevado número de doentes que referiu ter sofrido uma queda. A sua importância na investigação tem ganho uma elevada notoriedade sobretudo quando se avalia a marcha durante a execução de outra tarefa (dizer adeus, transportar objetos). Apesar de ainda estarmos longe de conhecer a associação de todos os mecanismos da marcha com os processos cognitivos, já podemos assumir que é contraproducente realizar avaliações separadas desta atividade e destas funções, pois estaremos a ignorar uma abordagem cujo potencial é elevado para reduzir o risco para as quedas.

A limitação na “gestão do dinheiro” quadruplicou a possibilidade dos indivíduos apresentarem limitação no “uso do telefone”. Já fomos discutindo a proximidade que estas duas variáveis revelam entre si relativamente às funções mentais, nomeadamente ao planeamento e à memória. No entanto, também lhes podemos reconhecer semelhanças no contexto das habilidades motoras do membro superior, concretamente na motricidade punho/dedos. A relação entre estas variáveis voltará a surgir no modelo da “gestão do dinheiro”, fazendo novamente prova da sua correspondência.

No estudo prospetivo de Lawrence et al (2001) a Incontinência após AVE foi das variáveis com maior predição para os resultados da funcionalidade e da mortalidade aos 3 meses. A sua presença relaciona-se com a severidade da lesão, sendo mais

observável nos AVEs hemorrágicos (Lawrence et al, 2001), podendo a sua relação com a Comunicação estabelecer-se por aí. Ou seja, julgamos não existir uma relação direta entre a incontinência e a incapacidade para “usar o telefone”; a relação estabelece-se no facto de que os indivíduos que apresentam esta deficiência necessitam de tempo de recuperação superior e terão maiores défices sensitivo-motores, o que condicionará o retorno ou a autonomia para a atividade “usar o telefone”, que estará também mais seriamente comprometida.

As deficiências nas Funções Mentais em ambas as avaliações contribuíram para explicar a limitação na utilização do telefone. O OR do momento da admissão foi superior relativamente ao do momento da alta (2,6 *versus* 2,0), facto que parece concordante com a evolução geral que observámos entre estes dois momentos. Já discutimos previamente a importância que o “uso do telefone” pode ter na predição das alterações cognitivas e quais as funções que são necessárias para o seu correto desempenho. Tendo em conta a percentagem importante de indivíduos com alteração de memória que preenchem a nossa amostra, bem como outras alterações do foro neuro psicológico que poderão ter resultado dos AVEs, a presença das funções mentais enquanto variável explicativa deste *outcome*, parece-nos compatível e coerente com que previamente já explicámos.

Não sabemos se os indivíduos que se apresentaram com défices da memória tinham paralelamente problemas na expressão ou na compreensão da fala, mas quando avaliámos estas deficiências através do Core Set Geriátrico, encontrámos indivíduos nessas circunstâncias. De igual forma, quando recolhemos informação sobre as funções da articulação, encontrámos em ambas avaliações esta deficiência (13,3% no início e 10,2% na alta), o que nos faz supor que as deficiências da articulação/expressão/compreensão poderão ter estado integradas na manifestação dos défices da memória.

Apesar de a literatura descrever cada vez mais a relação entre o capital educacional ou a Escolaridade na saúde e na funcionalidade dos indivíduos, no presente estudo a sua participação ficou restrita a este *outcome*, se bem com um valor importante (OR=3,8). A adoção de telefones pessoais está cada vez mais vulgarizada na população idosa,

mas a sua utilização requer algumas competências de literacia, sobretudo as relacionadas com os algarismos, pelo menos no que concerne a efetuar chamadas. Este aspeto não deve ser descontextualizado de mais duas variáveis pessoais que interagem com a escolaridade e com o desempenho do “uso do telefone”: falamos da idade e da ruralidade da amostra. A utilização das tecnologias de comunicação como são os telemóveis, tem uma correlação negativa com a idade, às quais mais uma vez não serão alheias a destreza e a condição cognitiva, mas onde também é tida em conta a ligação mais pessoal que os idosos estabelecem em detrimento desse uso. Por outro lado sabemos que as relações entre as pessoas a viverem em comunidades mais pequenas e rurais são estabelecidas de uma forma mais presencial. O conjunto destes aspetos, aos quais se somou também o *status* funcional, foi observado no estudo de Gillearn, Hyde & Higgs (2007), em Inglaterra, com a amostra do estudo *ELSA (English Longitudinal Study of Ageing)*.

Este assunto e para as futuras gerações de idosos, poderá vir a determinar a forma como se irão estabelecer as relações e a aproximação entre os indivíduos. Se por um lado as tecnologias de informação e comunicação são um suporte fantástico de contacto, aproximação ou monitorização, os seus efeitos poderão também relegar para segundo plano as vivências mais pessoais e personalizadas entre as pessoas. No entanto, no estudo que anteriormente foi citado, os autores concluem que se por um lado estas tecnologias afastam as pessoas fisicamente, parece que os seus efeitos nefastos não são como se previam, pelo menos no que respeitou à confiança e à amizade entre vizinhos.

O Sexo enquanto variável independente para a explicação dos modelos de regressão, só deu o seu contributo neste *outcome*, cujo valor revelou existir um efeito protetor para as mulheres, se bem que o resultado tenha sido baixo (OR=0,4). A maior apetência que as mulheres possuem para as relações sociais poderá ter explicado esta associação. Por outro lado, o facto de as mulheres viverem mais sós, devido à sua longevidade pode proporcionar que utilizem mais o telefone para a manutenção dos seus contactos e das suas redes sociais.

Para a incapacidade das atividades ligadas à Vida Doméstica contribuiu de forma substancial o Estado Cognitivo na alta, seguido da Percepção desfavorável de Saúde Física. No momento da admissão as dificuldades apresentadas nos Auto cuidados e no “uso do telefone” foram também importantes para os resultados desta variável. A idade deu o seu contributo para o aparecimento de limitação nas atividades ligadas à Vida Doméstica; ter 85 ou mais anos faz aumentar em cerca de 160% esta possibilidade. Por fim, a ausência da prática de atividade física fez aumentar o risco de incapacidade destas atividades.

As deficiências nas Funções Mentais foram muito importantes para explicar as limitações do conjunto das atividades da Vida Doméstica (OR=4,4). Nos modelos da Mobilidade e dos Auto Cuidados já fomos discutindo a importância que as funções cognitivas têm no desempenho das atividades diárias. Neste conjunto de habilidades têm um destaque ainda superior, dada a exigência também superior e mais ampliada dessas funções. De facto, nestas tarefas as funções executivas têm uma preponderância elevada, bem como a memória de trabalho. No estudo ACTIVE (Gross et al, 2009) o qual já referenciámos durante o enquadramento teórico, a memória emergiu como o melhor preditor do desempenho das atividades avaliadas, tendo estes autores salientado a sua plasticidade no envolvimento do desempenho diário. No entanto, na extensa revisão de Gold (2012), as funções executivas são consideradas com valor superior, porque ajudam a organizar comportamentos, geram ou inibem respostas e regulam outras funções cognitivas, como a memória. Este autor sublinha ainda que mesmo quando a memória, a atenção, a linguagem ou as habilidades perceptivas estão intactas, o indivíduo pode não ser capaz de executar atividades mais elaboradas, se estiver com défice das funções executivas. Gold defende que estas funções permitem estratégias compensatórias de outros défices, com por exemplo de défices espaço perceptuais. Como já referimos no *outcome* dos autocuidados, “fazer compras” foi uma das atividades que mais se associou às atividades instrumentais em indivíduos com défices da memória no estudo de Mariani et al (2008). Concordante com este resultado, encontrámos o estudo de Gure et al (2013), onde as maiores dificuldades no grupo dos indivíduos com alterações da memória sem demência, foram “cozinhar” e “fazer compras”. Curiosamente no estudo de Kim et al (2009),

estes autores no conjunto destas atividades só encontraram diferenças no desempenho da “lida da casa”, cujos piores resultados foram observados nos indivíduos com dificuldades da memória, talvez porque a execução destas tarefas tem uma sequência estabelecida e organizada à volta da memória de trabalho.

A seguir às funções mentais, a Percepção desfavorável da Saúde Física, voltou a ser a variável explicativa mais importante, agora também para os resultados na incapacidade das atividades da vida doméstica (OR=3,3). Os resultados que já discutimos sobre o estudo de Lee (2000) aplicam-se também aos resultados neste domínio, apesar de algumas diferenças nas variáveis. Este autor dividiu as atividades relativas à “lida casa” em leves e pesadas e incluiu também como habitualmente a “gestão do dinheiro” e o “uso do telefone”. Apesar destas discrepâncias, julgamos poder aceitar semelhanças com os resultados encontrados por nós.

Revelar limitação nos Auto Cuidados no momento de admissão na Rede possibilitou um aumento na limitação das atividades da vida doméstica (OR=2,8). Muitos são os autores e os estudos que têm vindo a discutir um padrão hierárquico sobre a limitação ou a perda das atividades da vida diária na população idosa, quer na ausência quer na presença de uma situação aguda de doença, lesão ou trauma. Esta pesquisa é de extrema importância no sentido de poder identificar precocemente indivíduos em risco para o declínio funcional, permitindo atempadamente prevenir ou reverter essa possibilidade. Apesar de ser primordial a consideração dos fatores contextuais, habitualmente na presença de condições de saúde específicas a previsibilidade ou a apresentação de um padrão de incapacidade fica facilitada, dado o conhecimento que se possui das deficiências das funções que lhe estão associadas.

Se excluirmos o “uso do telefone” e a “gestão do dinheiro”, cujo consenso remonta para competências cognitivas mais elaboradas e que por essa razão não entram habitualmente nesta discussão, a forma como essa organização se estabelece ainda não está homogeneizada, sobretudo em idosos excluídos de condições de saúde específicas.

Como já referido anteriormente, assumir perentoriamente que as dificuldades nas atividades básicas precedem as dificuldades nas instrumentais pode ser simplista e

reduzidora: existem tarefas básicas cujos requisitos ou competências são idênticas às consideradas como instrumentais (Ferrucci et al, 1998; Kingston et al, 2012); a forma como estas atividades estão calibradas nos instrumentos, não permite a discriminação de tarefas que possa de forma sensível e sustentável variar em diferentes populações, a incapacidade ou o seu risco (Fieo et al, 2011).

De qualquer forma, e no conjunto das atividades que no presente estudo foram contempladas como de auto cuidado ou como da vida doméstica, existem diferenças que podem explicar a presença de umas no *outcome* funcional das outras. As habilidades inerentes ao equilíbrio, força e destreza necessárias ao desempenho do conjunto do auto cuidado mantêm-se necessárias na vida doméstica, às quais se acrescentam doses superiores dessas habilidades e ainda a interação com o meio exterior (no caso das compras). Esta diferença é permanentemente observada, mesmo na ausência de uma condição de saúde adquirida, como foi o caso dos presentes resultados.

A outra atividade que contribuiu para explicar a incapacidade no domínio das atividades da vida doméstica, foi o “uso do telefone” (OR=2,8). Julgamos que esta relação não se estabelece pela aproximação às capacidades físicas ou motoras, ou pela partilha das funções neuromúsculoesqueléticas necessárias a umas e outra atividade. Esta associação aproximou-se pela exigência comum das funções cognitivas. Conforme já tivemos oportunidade de discutir, as funções cognitivas necessárias ao desempenho do “uso do telefone” são a par da “gestão do dinheiro”, aquelas que do conjunto das atividades habitualmente estudadas, são mais exigentes neste domínio. Nesse sentido, podemos considerar um padrão de previsibilidade na perda desta atividade relativamente a outras. Aliás, se excluirmos o *outcome* da mobilidade, as dificuldades no “uso do telefone” participaram em todos os *outcomes* por nós avaliados.

No entanto, volta a ser importante reforçar que o desempenho nas atividades pode ter um valor preditivo superior ao das funções cognitivas no âmbito de certas demências, sendo essa a conclusão de alguns estudos longitudinais. Por exemplo, no estudo de Purser et al (2005) foram acompanhados durante 10 anos, 2 371 indivíduos sem problemas cognitivos e 810 com alterações de memória, tendo sido avaliada a

restrição para as atividades instrumentais com 3 tarefas domésticas: fazer compras, preparar refeições e realizar a lida da casa. No final do *follow-up*, a taxa para a demência foi idêntica entre indivíduos sãos e aqueles a quem tinham sido diagnosticados problemas da memória. No entanto, os indivíduos com alterações da memória e com limitações naquelas atividades, tinham sido mais propensos a desenvolver demência do que aqueles com alterações da memória mas independentes nas tarefas avaliadas. Estes resultados fazem supor que o desempenho nas atividades tem um valor mais determinante que as habilidades cognitivas para a evolução de estados demenciais. Concordantes com estes resultados foram também os estudos de Pérès et al (2008) e Di Carlo (2007); estes autores admitem que os testes neuropsicológicos podem não ser tão sensíveis para a progressão da demência, quanto podem ser o desempenho de determinadas atividades.

Os indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos apresentaram uma possibilidade aumentada de vir a ser dependentes nas atividades da vida doméstica (OR=2,6). Estas tarefas formam o conjunto mais exigente de atividades, pois reúnem um leque alargado de competências neuromotoras (onde se incluem exigências de carga ou força) e cognitivas e ainda interação com o meio exterior, além de já serem aquelas que previamente requeriam mais ajuda ou suporte por parte dos mais idosos. Nesse sentido, parece-nos concordante este resultado, ao qual se acrescentam as dificuldades – deficiências e limitações – inerentes à condição de saúde adquirida.

Já abordámos a importância da Atividade Física no desempenho cognitivo, quando discutimos o modelo explicativo das Funções Mentais. No contexto das atividades domésticas, a sua importância surge agora associada às funções motoras, mantendo-se contudo também a associação às funções mentais, pois o desempenho destas atividades exige a funcionalidade destes dois domínios.

Na revisão de Vermeulen et al (2011) que já citámos noutros contextos, a ausência ou baixa atividade física revelou a par da lentidão da marcha, ser um forte preditor para o aparecimento de incapacidades ao nível das atividades diárias. Apesar de não estarem discriminadas quais as atividades que foram consideradas nos estudos, todos os constituintes da amostra (n=9) foram unânimes em concluir que os indivíduos mais

ativos apresentaram um risco inferior para posteriormente desenvolverem ou aumentarem limitação nas atividades diárias. No conjunto destes estudos longitudinais, cujas coortes foram seguidas entre 3 e 10 anos, a atividade física mais referida foi a marcha, mas também andar de bicicleta e a jardinagem.

Numa revisão mais recente com meta-análise de estudos prospetivos (n=13) (Tak et al, 2013), foi possível concluir para um período a 10 anos, que a atividade física não só previne como também retarda a instalação de algumas condições de saúde e consequentemente a incapacidade com elas relacionadas. Este efeito preventivo da atividade física foi observado em idosos com menos e mais de 75 anos e tanto na presença quanto na ausência de doenças ou limitações nas atividades básicas já adquiridas. A marcha voltou a ser a atividade mais praticada, mantendo-se no entanto a dificuldade em aferir a frequência, a intensidade e a duração mais benéficas, visto estas variáveis não estarem uniformizadas ou estarem mesmo omissas.

Apesar de em ambas as revisões não estarem contempladas amostras com as características da nossa, talvez possamos assumir que o impacto das doenças, lesões ou traumas é mais baixo em indivíduos com prática regular de atividade física, ou que estes possuem um *status* funcional que os protege relativamente às suas consequências. As atividades avaliadas na revisão de Tak e colegas cingiram-se às atividades básicas (banho, vestir, comer e usar sanita), sendo que não foi nesse grupo que a atividade física revelou ser importante no nosso estudo. No entanto, não deixa de ser interessante que connosco essa associação se tenha estabelecido com o conjunto de atividades que são mais vigorosas do ponto de vista físico.

Os resultados desfavoráveis na atividade “Gerir o Dinheiro”, a única variável do domínio das Áreas Principais de Vida, foram fortemente influenciados pelas dificuldades na Vida Doméstica (OR=5,0), mas também pelas Funções Mentais (OR=4,7). As limitações nas atividades “usar telefone” e Auto Cuidados (em ambas as avaliações) apresentaram também uma influência importante neste modelo. O Fator Ambiental ausência de Equipa Multidisciplinar e o Fator Pessoal Perceção desfavorável da Saúde Física explicaram igualmente este *outcome*.

A associação das atividades da Vida Doméstica com a atividade “gerir dinheiro” é consistente, se pensarmos sobretudo na atividade “fazer compras”. Nesta tarefa está implícita entre outras, a gestão do dinheiro que por si só contempla várias subtarefas, cujos requisitos cognitivos são partilhados por este conjunto de atividades, nomeadamente o planeamento e a memória de trabalho, que permitem explicar os resultados observados.

As deficiências das Funções Mentais conforme já analisámos, estiveram presentes em todos os modelos explicativos das atividades/participação, sendo que foi na atividade “gerir dinheiro” que essa associação se revelou mais forte (OR=4,7). A importância destas funções já foi sendo discutida anteriormente, sobretudo as funções executivas e da memória, da mesma forma que já assinalámos que esta é a atividade mais sensível às alterações cognitivas. No entanto, no âmbito concreto destas atividades, há outras funções também importantes que merecem ser mencionadas. É o caso da inibição, no caso da gestão ou contenção dos gastos ou da rapidez de processamento no que diz respeito à contagem do dinheiro (Gold, 2012). No entanto, é difícil fazer comparações sobre a importância que as funções cognitivas têm no desempenho desta tarefa, pois como refere Gold, a variabilidade das questões sobre este aspeto é grande, dificultando conclusões sobre esta associação.

As dificuldades nos Auto Cuidados influenciaram a limitação da atividade “gerir dinheiro”, em ambos os momentos de avaliação, se bem que no momento da alta essa influência tivesse sido superior (OR=2,7 *versus* OR=2,9). A tarefa do conjunto dos auto cuidados que mais se aproximará à “gestão do dinheiro” é “tomar os seus medicamentos”, quer no domínio das funções motoras, quer no âmbito das funções cognitivas. Relativamente às funções motoras a habilidade a nível do membro superior com enfoque na mobilidade do punho e dedos acompanhada da destreza para as pinças mais finas, serão os requisitos mais importantes. No contexto das habilidades cognitivas e mais uma vez, a memória e as funções executivas farão parte dos recursos mais básicos para estes desempenhos.

A influência entre a atividade “usar telefone” e a atividade “gerir dinheiro” foi biunívoca, sendo agora a presença da primeira a influenciar a segunda. Daquilo que já

fomos discutindo relativamente às competências cognitivas necessárias para estas duas tarefas, parece-nos que as dificuldades que possam existir nesse domínio acabam por ter influência no desempenho de ambas. A capacidade para a “gestão do dinheiro” partilha as mesmas exigências cognitivas que o “uso do telefone”, mas com uma extensão superior, fazendo por isso sentido que a incapacidade desta última venha a influenciar o resultado ou o desempenho da primeira.

A manifestação da Perceção desfavorável da Saúde Mental fez-se sentir na limitação da atividade “gerir dinheiro”, apesar de ter sido neste *outcome* onde a sua influência teve o valor mais baixo (OR=2,2). Esta associação pode ser a manifestação da presença de alterações cognitivas e emocionais que podem condicionar a capacidade para esta atividade, cujas relações já discutimos previamente. Mas o que também constatamos na literatura é que existe uma influência da capacidade/desempenho em gerir o dinheiro, na nomenclatura anglo-saxónica “*financial literacy*”, a saúde mental e o bem-estar psicológico. Quando os indivíduos são independentes nesta tarefa manifestam mais confiança e segurança acerca do seu futuro, sendo sugerido que a incapacidade na gestão financeira pode contribuir para uma saúde mental desfavorável (Benett et al, 2013).

Os indivíduos que foram assistidos em unidades que não tinham Equipa Multidisciplinar revelaram uma possibilidade aumentada (OR=2,7) na limitação para a atividade “gerir dinheiro”. Já discutimos previamente o significado que as equipas multidisciplinares oferecem na recuperação dos indivíduos, cuja importância se torna ainda maior quando os indivíduos possuem também eles, um contexto de problemas ou dificuldades igualmente multivariado. A presença de profissionais com competências específicas para avaliar e tratar esta alteração, como são os Terapeutas Ocupacionais ou os Neuropsicólogos, são quase inexistentes na Rede, sobretudo estes últimos e, acreditamos que a sua ausência teve uma implicação determinante na recuperação desta variável. A relação de dependência que pode existir entre as funções cognitivas e o desempenho de “gerir dinheiro” é grande, conforme também já analisámos, sendo que a sua intervenção dever-se-á também ela basear em processos reabilitativos e de estimulação cognitiva ou neuro psicológica, pertencentes à ação especializada daqueles profissionais.

5. Discussão da Validação do Core Set Geriátrico

Os dados sugerem que esta primeira versão do Core Set Geriátrico, com uma amostra caracterizada por diferentes condições de saúde, cuja prevalência traduz algumas das que mais habitualmente são descritas na literatura – fraturas da extremidade superior do fémur e acidentes vasculares encefálicos – permite detetar as alterações da funcionalidade, em situação pós-aguda e após o processo de reabilitação, da população idosa por nós avaliada.

O CSG só teve até ao momento um processo de validação, realizado com amostras austríacas e alemãs o que condiciona a comparação dos resultados, sobretudo os referentes aos *Fatores Ambientais*.

As deficiências das *Funções* que encontrámos relacionam-se com as condições de saúde mais prevalentes: as *Funções Neuromúsculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento*, que nos seus diferentes domínios (equilíbrio, força, mobilidade e coordenação), representam as principais alterações das funções daí decorrentes.

Estas deficiências costumam ser as mais detetadas na população idosa, a par das disfunções da marcha, mesmo na ausência de doença, lesão ou trauma (Orr, 2010; Den Ouden et al, 2011) e paralelamente responsáveis pelos índices de incapacidade nas atividades de vida diária (Al Snih et al, 2009; Vermeulen et al, 2011).

Podemos afirmar que globalmente os nossos resultados estiveram de acordo com os de Stier-Jarmer et al (2010) no que diz respeito às *Funções Neuromúsculoesqueléticas*, sendo que as categorias onde essa aproximação foi menor estará relacionada com as características das amostras relativamente às condições de saúde.

As diminutas frequências que encontrámos nas deficiências das *Funções do Aparelho Cardiovascular, dos Sistemas Hematológico e Imunológico e do Aparelho Respiratório*, poderão estar subvalorizadas, sobretudo se tivermos em conta que muitas das funções que pertencem ao aparelho cardiovascular, podem precipitar a ocorrência de um AVE, e que esta condição ocorreu de forma importante na amostra. A maioria destas funções foi recolhida através do processo clínico e na maior parte dos casos, só encontrámos referência exclusivamente ao diagnóstico principal.

Relativamente à evolução, o capítulo anteriormente referido em conjunto com o capítulo das *Funções do Aparelho Digestivo e dos Sistemas Metabólico e Endócrino*, foram aqueles onde as melhorias menos aconteceram. Julgamos que a par da frágil informação que dispúnhamos destes sistemas, muitas destas funções estarão ligadas a deficiências estruturais irreversíveis, sobre as quais as intervenções terapêuticas e reabilitativas possuem uma discreta responsabilidade e que suportam os resultados observados.

Não calculámos as frequências para as *Estruturas do Corpo*, pois se as tivéssemos apresentado, o processo resultaria por aproximação ao diagnóstico atual registado no processo clínico.

De facto, este era basicamente o único meio que dispúnhamos para avaliar este componente; a maior parte dos processos clínicos não ia além desta informação, nem se faziam acompanhar de meios complementares que permitissem esta aferição.

Mesmo quando encontrámos registos referentes a co morbilidades, por exemplo a referência à hipertensão, insuficiência cardíaca, respiratória ou renal, as estruturas responsáveis pela sua manifestação não eram mencionadas.

Por outro lado, se são vários os instrumentos capazes de medir com fidedignidade as deficiências das *Funções* e as limitações das *Atividades/Participação*, o mesmo não acontece no contexto das deficiências das *Estruturas do Corpo*, isto se tivermos em conta a aplicabilidade dos qualificadores da ICF.

Dada a grande variabilidade de deficiências das *Estruturas* que podem estar presentes na população geriátrica, ou num Core Set não direccionado para uma condição de saúde específica, somos de opinião que este componente deve ser avaliado contemporaneamente durante o processo de avaliação.

Relativamente à aplicação dos qualificadores neste componente julgamos ser importante manter o 2º e o 3º qualificador, natureza e localização da lesão, mas simplificar o que diz respeito ao 1º, a extensão/deficiência da lesão, dada a dificuldade de o operacionalizar. Um aspeto que poderá contribuir para minorar esta dificuldade, poderá vir a relacionar-se com a introdução de alguns códigos da ICF na próxima

atualização da ICD-11, prevista para 2015. Conforme desenvolvido no artigo de Escorpizo e colegas (2013), este procedimento harmonizará as duas classificações relativamente aos seus aspetos conceptuais, mas sobretudo à sua aplicabilidade em termos de resultados para a planificação e intervenção em saúde.

As limitações nas *Atividades/Participação* mais frequentes (*Realizar a Rotina Diária; Utilização de Movimentos Finos da Mão; Utilização da Mão e do Braço*) relacionam-se intimamente com as deficiências das funções que encontrámos (força e coordenação). A elevada percentagem de indivíduos que referiram dificuldade em planear, gerir e decidir a *Rotina Diária*, poderá estar associado com o tempo importante de internamento que já possuíam.

No seu conjunto, o capítulo *d3 – Comunicação*, revelou a percentagem mais baixa de limitação, resultado concordante com o observado relativamente à baixa prevalência da deficiência das *Funções da Articulação*. No entanto, também aqui esta observação pode estar subvalorizada, se tivermos em conta que nem todas as unidades tinham a presença de Terapeutas da Fala, especialistas desta triagem e que nos poderiam ter auxiliado neste processo. Paralelamente, este capítulo a par do capítulo *Interações e Relacionamentos Pessoais* e da categoria *Direitos Humanos*, revelou uma baixa evolução. Sobre este aspeto talvez possamos adiantar que, além da inexistência permanente de Terapeutas da Fala, a reabilitação das alterações da comunicação necessita por vezes de longos períodos de terapia e provavelmente o tempo de internamento não foi o suficiente para colmatar essas dificuldades. Quanto às *Interações e Relacionamentos Pessoais*, o resultado poderá dever-se ao afastamento social e familiar, causado pela hospitalização.

A aproximação ao estudo de Stier-Jarmer et al (2010) ficou restrita exclusivamente ao capítulo *d4 – Mobilidade*, mas sem qualquer partilha no que diz respeito às categorias. Mais uma vez, a diferenciação das condições de saúde da amostra poderão ter condicionado este resultado, a par da diferenciação que os estudos tiveram relativamente à recolha dos dados. Enquanto nós a realizámos sempre que possível com testes ou instrumentos específicos, Stier-Jarmer e colegas, utilizaram uma escala

visual analógica sem critérios de especificidade ou reprodutibilidade neste contexto avaliativo.

Para a avaliação dos *Fatores Ambientais* tivemos em conta o ambiente real do indivíduo, contrariamente ao estudo de Stier-Jarmer et al (2011), que considerou o ambiente transitório do internamento. Esta foi a razão por só termos procedido a uma avaliação, pois estando os participantes internados, não seria expectável que a maioria destes fatores sofresse alterações. Julgamos que a nossa opção está mais de acordo com a conceptualização que a OMS descreve para os *Fatores Ambientais*; estes englobam um conjunto de domínios (físico, social e atitudinal) capazes de interferir no desempenho da vida real dos indivíduos, sendo que para a OMS, este desempenho deve ser avaliado com a disponibilidade dos *Fatores Ambientais*. Acresce a isto, a possibilidade da nossa decisão poder diagnosticar os *Fatores Ambientais* com potencial para alterar o desempenho dos indivíduos, no seu regresso ao domicílio.

Os *Fatores Ambientais* que se revelaram como mais *Facilitadores* parecem relacionar-se com a situação de dependência e reconhecimento pelos serviços e cuidadores formais, dos quais os indivíduos no momento atual necessitam, enquanto as maiores *Barreiras* foram sentidas pela ausência dos *Produtos e Tecnologias para a Prática Religiosa e Espiritualidade*. Conforme verificámos na caracterização da amostra e conforme identificada também nos modelos de regressão relativos aos *outcomes* da funcionalidade, estamos perante um conjunto de indivíduos para quem o culto e a sua prática são fatores importantes. Ao estarem afastados desta possibilidade há tempo significativo e não existindo nas instituições apoio nesse domínio, a sua manifestação enquanto *Barreira* parece-nos fundamentada de sentido.

A percentagem importante de indivíduos sem opinião neste componente, pode ser sintomática da ausência de conhecimento ou consciência, acerca de quanto os *Fatores Ambientais* podem ser decisivos na vida de cada um, bem como refletir alguma apatia ou desinteresse sobre um futuro próximo, ao qual não terá sido alheio a prevalência importante de alterações emocionais que encontramos.

Cerca de 36% das categorias deste componente foram identificadas pelos indivíduos como sendo concomitantemente *Facilitadoras e Barreiras*, das quais salientamos os

Produtos e Tecnologias Destinados a Facilitar a Mobilidade e o Transporte Pessoal em Espaços Interiores e Exteriores. A forma como este item foi categorizado revela a ambiguidade que pode oferecer aos indivíduos; o conjunto destes dispositivos possibilita a autonomia na mobilidade e também noutras atividades, podendo contudo também condicionar outras tarefas ou ser restritivo em alguns contextos ambientais.

Alguns idosos apesar da necessidade destes dispositivos não se sentem absolutamente confiantes na sua utilização, nem têm uma prática plenamente segura do seu uso. Este aspeto é aliás sinalizado por alguns estudos, que consideram a utilização de auxiliares de marcha como um dos riscos extrínsecos mais comuns para a ocorrência de quedas e fraturas (Deandrea et al, 2010; Letts et al, 2010). No entanto, importa salvaguardar que essa possibilidade não deve ser considerada de forma isolada, mas associada às deficiências das funções e das estruturas que habitualmente lhes está associada, como sejam as alterações do equilíbrio, a fraqueza muscular ou os défices visuais.

Apesar da especificidade individual e cultural que os *Fatores Ambientais* encerram, achámos importante fazer uma análise comparativa com outros estudos, mesmo que geograficamente as amostras acabem por ser todas do mesmo contexto (austriacas e alemãs). No estudo de Müller Strobl & Grill (2011), os *Fatores Ambientais* que mais decisivamente podem contribuir para alcançar os objetivos funcionais no processo de reabilitação pós-agudo são os *Serviços, Sistemas e Políticas Relacionadas com a Saúde* (e580) e as *Atitudes Individuais dos Profissionais de Saúde* (e450). No nosso caso, ambas as categorias foram consideradas como importantes Facilitadores para os indivíduos, sobretudo a correspondente aos profissionais de saúde. Por seu lado, os indivíduos da amostra do estudo de Kus et al (2011), referiram que o conjunto das categorias do capítulo 1 (*Produtos e Tecnologias e Tecnologias*) e capítulo 3 (*Apoios e Relacionamentos*) eram aquelas que mais contribuíam para alcançar os resultados desejados no processo de reabilitação pós-aguda.

No processo de validação do Core Set, os resultados observados pela equipa de Stier-Jarmer et al (2011) como *Facilitadores* foram fundamentalmente e355 (*Apoios e Relacionamentos dos Profissionais de Saúde*), e120 (*Produtos e Tecnologias Destinados a Facilitar a Mobilidade e o Transporte Pessoal em Espaços Interiores e Exteriores*) e

e310 (*Apoios e Relacionamentos da Família Próxima*). Apesar dos resultados desta equipa não contrariarem os nossos, algumas diferenças podem ser observadas; para a amostra portuguesa as *Atitudes* são consideradas fatores mais facilitadores que os *Apoios e Relacionamentos*, sendo que este aspeto pode fazer sobressair as diferenças das manifestações afetivas que separam as nossas culturas. Por outro lado, para os idosos portugueses a facilitação que as tecnologias da mobilidade podem oferecer é considerada mais reduzida. A importância que a Alemanha teve após a II Guerra Mundial, na criação e divulgação de ortóteses e próteses, poderá explicar esta diferença. No que diz respeito às Barreiras as diferenças foram mais notadas; os indivíduos que pertenceram ao estudo de de Stier-Jarmer, dicotomizaram as Barreiras basicamente entre os capítulos e2 (*Ambiente Natural e Mudanças Ambientais Feitas pelo Homem*) e e1 (*Produtos e Tecnologias*). Aqui é mais difícil estabelecer comparações, porque as categorias do capítulo e2, poderão manifestamente ter-se relacionado com o ambiente hospitalar avaliado por aqueles autores.

Das categorias adicionais sugeridas pelos resultados, destacamos a categoria de 3º nível *Subir/Descer*, por ser uma tarefa específica, frequente e importante na autonomia e independência nas atividades diárias dos idosos, devendo por isso ser avaliada e trabalhada de forma sistematizada (Seidel, Brayne & Jagger, 2011), além dos resultados terem mostrado o contributo importante que tiveram para a incapacidade do conjunto da Mobilidade. Também as atividades *Preparar Refeições e Realizar as Tarefas Domésticas*, poderão ser tidas em conta no processo de avaliação e intervenção das equipas multidisciplinares, pois podem sinalizar a qualidade de vida e o bem-estar, se bem que com diferentes identificações entre géneros (Cabrero-García & López-Pina, 2008).

Estes resultados parecem estar de acordo com aqueles encontrados por Kus et al, 2011 naquilo que diz respeito à perspetiva dos pacientes. Neste estudo, os indivíduos manifestaram que as atividades não contempladas no CSG e que constituíam objetivos importantes para a funcionalidade alcançada seriam entre outras, a categoria d455 (*Deslocar-se*) e o capítulo d6 (*Vida Doméstica*), sendo que estes resultados foram também de alguma forma partilhados pela amostra de Müller Strobl & Grill (2011).

As categorias adicionais detetadas no processo de validação por Stier-Jarmer et al, 2011, têm uma aproximação às identificadas por nós no que respeita aos domínios das *Atividades/Participação* na categoria d455 (*Deslocar-se*) e ao capítulo d6 (d650 - *Cuidar dos objetos da casa*), apesar da forma como recolhemos esta informação não ter sido a mesma.

As categorias não validadas no presente estudo quer por frequência reduzida, quer por não se terem observado melhorias significativas, devem-se às razões que já fomos enumerando anteriormente e que se relacionam sobretudo com a falta de informação dos processos clínicos, com a irreversibilidade das deficiências estruturais, com a ausência de apoio de técnicos especializados ou ainda com o tempo necessário para se poder operar ou observar evolução relevante.

6. Discussão da Proposta do Core Set Geriátrico Abreviado

As categorias que fazem parte da nossa proposta para um Core Set Geriátrico Abreviado em contexto pós-agudo, refletem os aspetos mais importantes da funcionalidade a ter em conta no processo de avaliação/intervenção, sobretudo na presença de traumatismos da extremidade superior do fémur, mas também após AVEs.

Apesar de importantes na monitorização de algumas condições de saúde, as deficiências das Funções consideradas de forma isolada, captam e traduzem de forma limitativa a capacidade/desempenho dos indivíduos para as atividades da vida real, já que estas dependem muito mais da presença ou ausência dos Fatores Ambientais. Ou seja, mesmo na ausência de algumas funções é possível o indivíduo ter um nível de capacidade/desempenho que lhe permita viver autonomamente se os fatores ambientais estiverem presentes de uma forma facilitadora. Por outro lado, e conforme já tivemos oportunidade de defender, é necessário que nos descentralizemos do modelo biomédico, apoiado fundamentalmente na intervenção das deficiências das Funções e das Estruturas do Corpo, e nos foquemos sobretudo na abordagem das Atividades/Participação que operacionalizam de forma real, a vida diária dos indivíduos.

Nesse sentido, a nossa proposta só possui cinco Funções, porque recolhemos sobretudo informação das Atividades/Participação, mas que é concordante com esta mudança de paradigma, não deixando contudo de englobar alguns aspetos essenciais na avaliação/intervenção da população idosa.

A Função de Orientação não sendo determinante para o desempenho das atividades, permitirá sinalizar os indivíduos que poderão beneficiar de um apoio mais especializado na área da reabilitação cognitiva, ou alertar as equipas para aspetos ligados à segurança e à estimulação psicomotora. A avaliação da Função da Visão é no contexto da população idosa de extrema importância, não só pela responsabilidade que possui na capacidade/desempenho das atividades/participação, mas pela prevalência que representa neste cenário. As Funções da Continência influenciam de uma forma abrangente os aspetos ligados à qualidade de vida relacionada com a saúde, possuindo uma associação importante com o desempenho das atividades diárias. Além disso, a sua prevalência tem uma presença de destaque nesta população e os processos de intervenção que hoje dispomos, possibilitam-nos que sejamos mais interventivos e responsabilizados neste processo. Apesar da vigilância e da abordagem que merecem as Funções Reparadoras da Pele, elas surgem neste contexto associadas à presença das fraturas da extremidade do fémur. Nesse sentido, será uma categoria a considerar nesta condição mas que poderá estar omissa noutras condições de saúde. Apesar de termos encontrado uma prevalência importante de deficiências no capítulo das Funções Neuromúsculoesqueléticas, julgámos não ser determinante a sua inclusão, pois estas serão reconhecidas durante a análise das limitações das Atividades, devendo aí ser considerada a sua responsabilidade e merecer consequentemente a intervenção merecida.

O número importante de variáveis do componente das Atividades/Participação reflete a importância que estas devem ter no resultado final dos processos de reabilitação e que são aqueles que operacionalizam a capacidade/desempenho do indivíduo na vida real. Neste conjunto, o destaque para as atividades da Mobilidade e do Auto Cuidado, exprime o enfoque que estas produzem enquanto tarefas e ações básicas para o desempenho de outras mais elaboradas, mas também como podendo ser consideradas o nível essencial para o indivíduo poder viver de forma autónoma e

independente. A notoriedade que as atividades ligadas à Vida Doméstica têm nesta proposta, pode ajudar à estruturação e alocação de recursos que permitam ao indivíduo poder retornar à sua residência, libertando os serviços, as instituições e os sistemas cada vez mais carenciadas de apoio e de disponibilidade.

Já tivemos oportunidade de discutir a importância e os benefícios que a Atividade Física e a Religiosidade/Espiritualidade podem ter na funcionalidade, na qualidade de vida e no bem-estar dos indivíduos, devendo por isso ser consideradas de forma transversal em todos os Core Sets. No que respeita de forma concreta à Atividade Física, ela possui uma evidência forte na prevenção e na abordagem das doenças crónicas não transmissíveis, cuja importância por parte das equipas de reabilitação ainda não é assumida de forma sistematizada e estruturada.

Quanto aos Fatores Ambientais podemos dizer que a proposta engloba dois grandes grupos: os apoios das tecnologias e o apoio e atitudes das pessoas. No primeiro, têm destaque as categorias que dão apoio técnico e são essenciais ao desempenho das atividades/participação, como são as ortóteses visuais ou/e auditivas e os auxiliares de marcha; no segundo surgem o apoio, o relacionamento e as atitudes da família e dos profissionais de saúde, que também como já fomos discutindo têm um papel decisivo na recuperação, no suporte e na continuidade da autonomia e independência dos indivíduos.

Até ao momento só foi apresentada uma proposta abreviada do Core Set Geriátrico, desenvolvida pelo mesmo grupo de trabalho que criou a sua versão abrangente (Grill et al, 2011b)) e composta por 38 categorias.

A comparação dos resultados que propomos e aqueles que são apresentados por estes autores é difícil de ser estabelecida uma vez que se observam várias diferenças entre as duas pesquisas: nas prevalências das condições de saúde, nos aspetos sociais e culturais (determinantes na abordagem dos Fatores Ambientais) e na metodologia escolhida. Sobre a metodologia há aspetos que não estão bem esclarecidos, como é o exemplo da recolha dos dados, em que os autores admitem eliminar alguns qualificadores, mas utilizando ao mesmo tempo uma escala visual analógica que varia entre 0 e 10 pontos e que lhes teria permitido uma ligação fácil às percentagens dos

qualificadores. Quanto aos métodos estatísticos apesar de a opção recair também em modelos de regressão multivariável, a escolha das variáveis dependentes não é clara; os autores referem que resultaram da avaliação da escala analógica feita pelos doentes e pelos profissionais, mas ficando omissa a forma como foram escolhidas e agrupadas.

A proposta de Grill e colegas (2011b)) para o Core Set Geriátrico Abreviado possui mais quatro categorias que a nossa proposta, se excluirmos as Estruturas do Corpo, onde as maiores diferenças se observam nos componentes das Funções e dos Fatores Ambientais. Sobre o primeiro, o grupo alemão dá uma preponderância grande ao capítulo 4 (das Funções Imunológicas e do Aparelho Cardiorrespiratório), aspetos que não são partilhados por nós, quer provavelmente devido às diferentes características das amostras, quer à forma como foram recolhidos os dados. Quanto ao segundo, as diferenças explicam-se-ão pelas disparidades socioculturais, mas também e novamente pelo facto destes autores terem considerado o ambiente hospitalar e nós termos procurado informação sobre o ambiente habitual dos indivíduos.

Quanto ao componente das Atividades/Participação, mais de 50% das categorias são partilhadas pelos dois trabalhos, cuja distribuição pelos domínios da Mobilidade e dos Ato Cuidados tem uma semelhança abrangente. A não inclusão de qualquer categoria da Vida Doméstica por parte do grupo alemão residirá na forma como os dados foram recolhidos; nesta proposta só foram consideradas as categorias que pertenciam previamente ao Core Set Abrangente e aqui não constam quaisquer categorias deste domínio, razão pela qual a Atividade Física também não foi considerada.

Relativamente à exequibilidade desta proposta de Core Set Abreviado, julgamos que o número de categorias é adequado, apesar de ultrapassar as duas dezenas que são habitualmente aconselhadas. No entanto, a restrição deste número diz respeito à sua aplicabilidade por parte de um só profissional (Rauch et al, 2012) e a presente proposta é dirigida à equipa multiprofissional de terapeutas que atuam na Rede. Nesse sentido, parece-nos apropriado o conjunto que propomos e acreditamos que serve o propósito daquilo que se pretende de um Core Set Abreviado: ser o ponto de partida do processo de avaliação básica de uma condição ou contexto e o padrão mínimo

necessário mas eficiente, para descrever a funcionalidade e a incapacidade na prática clínica e em estudos epidemiológicos (Fontes, 2014).

CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

De acordo com os objetivos da investigação e com as hipóteses consideradas, foi possível tecer as seguintes conclusões do estudo:

Caraterização do perfil funcional da amostra

A longevidade que caraterizou os constituintes da amostra testemunharam de uma forma global o envelhecimento da população portuguesa, mas também de uma forma específica, as necessidades que este grupo populacional demonstra, no recurso maioritário que faz da RNCCI.

A feminização do envelhecimento também ficou sinalizada, a par dos baixos recursos educacionais e socioeconómicos que habitualmente regem este conjunto.

Na ausência de doença ou lesão aguda os indivíduos percecionaram como favorável o seu estado de saúde física e mental, apesar do número importante de quedas que experienciaram, do recurso considerável às ortóteses visuais e auxiliares de marcha e à necessidade de ajuda no desempenho das atividades diárias.

Os comportamentos de risco foram pouco frequentes e a toma habitual de 4 refeições por dia é habitual, sendo que o tempo despendido na prática regular da atividade física foi satisfatório.

Nas atividades relacionadas com a mobilidade os resultados revelaram níveis elevados de autonomia/independência com exceção para a utilização ou condução de transportes, à qual não será alheia a ruralidade da amostra e o seu nível educacional. Também nos auto cuidados os indivíduos referiram globalmente um desempenho positivo, cujo resultado menos favorável aconteceu como habitualmente no banho, contrariamente ao domínio das atividades relacionadas com a vida doméstica, onde foram observadas de forma transversal as maiores dificuldades. A incapacidade neste domínio materializa a conjugação de níveis elevados das funções motoras e cognitivas e, a interação com ambientes dinâmicos e exigentes, nem sempre seguros ou facilitadores.

A idade, o género e a escolaridade foram as variáveis independentes que se associaram ao maior número de categorias da funcionalidade, contrariamente ao que observámos relativamente à conjugalidade.

Os idosos com 85 ou mais anos e aqueles sem escolaridade, apresentaram globalmente níveis superiores de incapacidade nas Funções e nas Atividades/Participação mas também maior vulnerabilidade nos Fatores Contextuais. Contudo, mostraram estar mais protegidos relativamente aos hábitos de risco e à religiosidade/espiritualidade.

Quanto ao género e à conjugalidade as diferenças ocorreram principalmente ligadas ao componente Fatores Pessoais. As mulheres apresentaram-se mais vulneráveis nas variáveis sociais, enquanto os homens nas variáveis de saúde; os indivíduos com conjugalidade “só”, tinham redes sociais mais frágeis e caíam mais; os que tinham companheiro consumiam mais álcool e refeições/dia e praticavam mais atividades relacionadas com a atividade física.

As diferenças encontradas no componente Atividades/Participação, ocorreram fundamentalmente nas categorias do domínio da Mobilidade, devido às diferenças encontradas na idade e da escolaridade, mas também associadas com o sexo, cujos resultados mais desfavoráveis foram relatados pelas mulheres.

No componente Fatores Pessoais, as diferenças observaram-se sobretudo nas categorias pertencentes aos Comportamentos e Eventos Relacionados com a Saúde (consumo de álcool, tabaco ou ocorrência de quedas).

A idade e a escolaridade associaram-se com todas as variáveis e *scores* das Atividades/Participação, constituindo exceção as atividades relacionadas com a atividade física.

As diferenças nas Atividades/Participação relativas ao género foram menos relevantes que o habitual, ao contrário da escolaridade que pareceu ganhar importância neste contexto.

Nesse sentido, parece-nos importante o desenvolvimento de intervenções que promovam níveis mais elevados de escolaridade e educação, que podem consolidar hábitos de vida mais saudáveis e estratégias promotoras de saúde.

Este aspeto deve constituir um desafio para o desenvolvimento de políticas educacionais das futuras gerações idosas, se assumirmos que a educação é um fator determinante que trará benefícios à literacia em saúde, bem como à saúde das populações.

O desenvolvimento de estratégias metodológicas de avaliação da funcionalidade da população mais idosa, tem uma relevância epidemiológica importante, sobretudo quando consegue caraterizar os aspetos pessoais e ambientais passíveis de melhorar a capacidade e o desempenho das dimensões biológica, psicológica e social dos indivíduos.

Estes resultados merecem-nos a consideração de que a Funcionalidade/Incapacidade ao nível das Atividades/Participação, deva ser considerada um indicador fundamental da monitorização da saúde das populações, tão importante e determinante, quanto aqueles que já hoje conhecemos.

Evolução da funcionalidade

A maior parte dos indivíduos foi internada por sequelas de fraturas da extremidade superior do fémur e acidentes vasculares encefálicos, condições epidemiológicas *major* de morbilidade e mortalidade nestas faixas etárias, contudo sem referência de comorbilidades associadas. Julgamos que esta ausência não corresponde ao estado de saúde dos indivíduos, sobretudo devido às condições vasculares presentes, constituindo antes uma limitação do estudo pela forma como foi recolhida a informação e pela forma como ela estava referenciada nos processos clínicos dos indivíduos.

O impacto mais desfavorável que as condições de saúde adquiridas provocaram na funcionalidade dos indivíduos foi observado nas atividades da vida doméstica, cujas razões já foram mencionadas anteriormente, mas também por apresentarem um nível

basal de deficiência mais elevado. Estas razões levaram a que não se observassem diferenças entre os grupos de interesse neste domínio.

A análise univariada permitiu concluir ainda que as repercussões da doença ou trauma sofridos variavam novamente em função das mesmas variáveis independentes. Assim, e para as Funções, foi possível observar que as mulheres apresentavam níveis superiores de queixas de saúde, da mesma forma que os indivíduos sem escolaridade, além de que estes ficaram também mais incontinentes. No componente das Atividades/Participação as diferenças foram mais abrangentes. Os indivíduos com 85 ou mais anos apresentaram níveis superiores de incapacidade em todas as atividades, com exceção para a vida doméstica; as mulheres ficaram inicialmente mais limitadas na mobilidade, contrariamente aos indivíduos sem escolaridade que só aí não se apresentaram mais limitados na comparação com os escolarizados.

Apesar de todos os domínios da funcionalidade terem evoluído de forma positiva e estatisticamente significativa, a sua manifestação revelou diferenças na análise dos grupos de interesse, cujas manifestações se podem resumir da seguinte forma: os mais idosos melhoraram de forma menos importante nas funções mentais e da continência e em todos os *scores* das Atividades/Participação; os indivíduos sem escolaridade repetiram este comportamento exclusivamente neste último componente, tendo constituído novamente exceção o domínio da mobilidade. Concluimos ainda que os homens e os indivíduos de conjugalidade “só” recuperam pior a capacidade relativa ao uso do telefone.

Apesar de terem evoluído de forma positiva e significativa, os indivíduos não adquiriram os níveis de funcionalidade relativos à pré-morbilidade; em todas os domínios e variáveis avaliados apresentaram valores significativamente inferiores àqueles que possuíam antes da doença ou lesão adquiridas. Daqui decorrem as conclusões de que os processos de reparação e recuperação biológicos não foram suficientes para inverter as dimensões patológicas; que o tempo de acompanhamento ficou aquém do necessário para se observarem evoluções significativas ou ainda que as estratégias de intervenção poderiam ter sido mais interventivas ou adaptadas aos resultados necessários. Esta última análise acabou por ficar refletida nos modelos de

regressão da funcionalidade alcançada, através das variáveis “presença de equipa multidisciplinar” e “rácio doentes/terapeutas”.

Os modelos da funcionalidade alcançada que construímos, revelaram que a presença dos três componentes da funcionalidade/incapacidade foi equilibrada, se bem que a sua distribuição tenha manifestado diferenças. O número de variáveis que explicaram os *outcomes* das Atividades/Participação foi superior, fazendo supor que estas dependem de um leque mais alargado de variáveis, assente fundamentalmente na interação com as Funções e outras Atividades.

O Fator Pessoal que mais contribuiu para os modelos foi a Perceção do Estado de Saúde, cuja presença manifestou assim a determinação e importância que esta variável possui na saúde dos indivíduos, devendo ser-lhe concedido acompanhamento assíduo em todas as avaliações/intervenções.

Os Fatores Ambientais “presença de equipa multidisciplinar” e “rácio doentes/terapeutas” deram o seu contributo de forma equitativa para os resultados finais da funcionalidade. O seu comprometimento manifestou-se sobretudo no aumento das queixas de saúde e nas limitações dos auto cuidados.

O Estado Cognitivo revelou ser a Função com a presença mais importante nos modelos explicativos da funcionalidade das Atividades/Participação, apesar de a literatura sublinhar nem sempre ser linear a sua deficiência e a autonomia/independência neste contexto. De qualquer forma, a sua monitorização deve fazer parte dos processos de avaliação e integrada de forma paralela na análise e intervenção do desempenho das atividades, para que daí se retirem conclusões e resultados mais estruturados. As Queixas de Saúde revelaram também importância nos *outcomes* da mobilidade e dos auto cuidados. A manifestação de queixas, sobretudo as dolorosas, devem ser sistematicamente analisadas pelo condicionalismo e repercussão que podem ter nestas atividades primordiais da vida autónoma.

Quanto às Atividades a sua manifestação foi mais diversificada e abrangente revelando a posição importante que podem ter para os resultados finais. A sua influência manifestou-se tanto na admissão (auto cuidados e “uso do telefone”), quanto na alta

(mobilidade, “uso do telefone” e “gestão do dinheiro”) e tanto nas Funções (queixas de saúde, funções mentais e continência), quanto nas Atividades/Participação (todas). As habilidades de destreza e cognição relacionadas com o “uso do telefone” terão suportado a relação importante que esta variável conquistou.

Concluimos que todas as categorias devem merecer atenção nos processos de avaliação/intervenção, pois todas enquadram habilidades básicas de mobilidade, destreza e cognição que permitem aos indivíduos viverem de forma autónoma nos seus domicílios.

Podemos concluir ainda que o impacto da condição de saúde adquirida, por si só não foi suficiente para se repercutir na funcionalidade dos indivíduos. Ou seja, as variáveis relacionadas com os componentes das Funções e das Atividades/Participação superaram a sua importância para os resultados finais, cujo testemunho atesta a dialética do modelo biomédico *versus* modelo biopsicossocial.

A relevância que a idade e o sexo costumam ter na explicação dos *outcomes* da funcionalidade, não foi observada por nós. A associação que demonstraram na análise univariada, acabou por ser excedida pelas Funções e as Atividades/Participação na análise multivariada.

Os processos de reabilitação devem focar-se na manutenção e melhoria das Funções ligadas ao processo de senescência que contribuem de forma mais direta para a autonomia/independência, observada na capacidade e no desempenho das Atividades/Participação.

Estas atitudes focam-se também num novo paradigma relativo à avaliação/intervenção da população idosa, onde os Fatores Pessoais e Ambientais devem ter um destaque tão importante quanto os restantes componentes da funcionalidade.

Validação do Core Set Geriátrico

Tendo em conta as condições de saúde mais prevalentes do estudo, podemos aceitar que esta validação traduziu as dificuldades mais comumente observadas na população idosa na presença de doença ou trauma.

A não validação da totalidade das categorias deveu-se a razões de ordem metodológica e às características dos constituintes da amostra.

A recolha de informação com o Core Set Geriátrico permitiu concluir que as Funções Neuromusculoesqueléticas e Relacionadas com o Movimento foram aquelas que registaram em ambos os momentos avaliativos frequências mais elevadas de deficiência, concordantes com as condições de saúde mais prevalentes.

Da mesma forma, as maiores limitações nas Atividades/Participação foram concordantes com as deficiências das Funções encontradas.

Os Fatores Ambientais considerados mais facilitadores relacionaram-se com a presença e o apoio dos cuidados, enquanto os sentidos como barreiras, relacionaram-se com a ausência de produtos e tecnologias de apoio.

As categorias adicionais sugeridas através da presente investigação, poderão ajudar durante o processo da alta, à alocação de recursos domiciliare que permitam aos indivíduos manterem-se autonomamente a viver nas suas casas.

As sugestões do grupo alemão para a validação dos Core Sets e o desenvolvimento dos Core Sets Abreviados carecem de mais estudos, no sentido de comprovar o seu real valor operacional, mas sobretudo a sua relevância clínica e epidemiológica.

A ausência de linhas orientadoras sobre a utilização dos qualificadores, bem como a inexistência de estudos acerca das suas capacidades psicométricas, comprometeu as conclusões e a comparação de resultados.

Proposta do Core Set Abreviado

A proposta para o Core Set Geriátrico Abreviado resultou das variáveis que constituíram os modelos de regressão da funcionalidade alcançada.

Esta proposta tem um enfoque sobretudo no componente Atividades/Participação, enquanto componente que materializa de forma concreta a interação do indivíduo com o meio e a sua vida real. Acreditamos particularmente na importância de duas categorias “inovadoras” neste contexto que podem constituir para as futuras gerações de idosos, pilares importantes da sua saúde: a Atividade Física e a

Religiosidade/Espiritualidade. A primeira, pelo valor preditivo que representa na saúde e no envelhecimento ativo e bem-sucedido, mas também pela potencialidade que tem enquanto estratégia de intervenção/reabilitação. A segunda, pelas consequências meritórias que pode oferecer ao bem-estar e à saúde mental dos indivíduos, manifestando-se por isso como uma aliada dos processos terapêuticos.

A presente proposta Abreviada possui contudo um conjunto de Funções do Corpo que merecem ser monitorizadas, quer pela importância que habitualmente representam na população idosa, quer pela responsabilidade que possuem na manifestação do desempenho dos indivíduos.

O leque de Fatores Ambientais que sugerimos para esta versão abreviada transmite o suporte dos cuidados e o suporte dos cuidadores, operacionalizando-se pelos apoios das tecnologias e pelos apoios e atitudes de quem cuida ou pode cuidar.

A ICF é uma classificação que permite avaliar e monitorizar de forma multidimensional a funcionalidade/incapacidade dos indivíduos, onde todos os componentes e dimensões podem participar e ser responsáveis de forma equitativa. A sua organização reflete uma interação dinâmica com o ambiente, respeitando as áreas determinantes do funcionamento humano, mas também uma vivência autónoma e independente.

A adoção da ICF enquanto instrumento operacional do modelo biopsicossocial, permitiu-nos refletir numa nova dialética do método de avaliação/intervenção/resultados mais centrado no indivíduo. Para este processo admitimos uma ação mais responsabilizada na capacidade/desempenho das atividades/participação dos indivíduos, com uma integração abrangente dos fatores contextuais, cuja articulação em ambiente terapêutico respeite e se aproxime o mais possível da sua forma de vida real.

Considerando a área do conhecimento em que a presente investigação se insere, será lícito concluir sobre o desígnio da funcionalidade enquanto variável demográfica incontornável da Saúde Pública. Este exercício tem como objetivo reproduzir as deficiências e limitações nas atividades das populações e alocar de forma estruturada a necessidade de equipamentos, serviços e sistemas, promotores da participação dos

indivíduos. Pretende-se de forma global que os resultados possam quantificar as necessidades de serviços e apoios, estudar o curso de vida das pessoas com incapacidades específicas, direcionar com precisão as estratégias de prevenção.

A investigação possibilitou-nos também tecer algumas sugestões.

A primeira surge no sentido que se possa realizar a replicação do estudo para a abrangência nacional, que permita retificar as desigualdades que encontrámos, mas sobretudo encontrar assimetrias regionais, passíveis de atuações específicas por parte dos decisores locais.

Dada a importância epidemiológica que o MAB tem no nosso país, sugerimos uma revisão conceptual das suas categorias mais de acordo com o modelo atual de funcionalidade/incapacidade da OMS. Nesse sentido, aventamos que a organização das suas questões se faça de acordo com os domínios da Classificação e que as categorias do componente social sejam mais concordantes com os Fatores Ambientais relativos aos Apoios e Relacionamentos e Atitudes. Sugerimos ainda e dada a importância e o relevo que tem mostrado na saúde e bem-estar dos indivíduos, a introdução da variável Religiosidade/Espiritualidade.

Pela experiência que esta pesquisa nos proporcionou, sugerimos além disso a publicação de um manual sobre os aspetos conceituais e conceptuais do MAB, que ajudará os profissionais na sua aplicação, propiciando ao mesmo tempo o respeito da sua conceção.

Relativamente à Rede sugerimos que volte a adotar o MAB na sua versão original (com inclusão das variáveis da Autonomia Instrumental), sob pena de se afastar dos paradigmas atuais do envelhecimento ativo ou bem-sucedido, cujo arquétipo assenta na participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis.

Tendo em conta o processo avaliação/intervenção, alguns aspetos merecem-nos ainda consideração quanto à monitorização dos cuidados de reabilitação na Rede.

Não são conhecidos dados relativamente à evolução e aos resultados na Locomoção, quando esta competência é determinante na vida autónoma dos indivíduos, conforme

previamente a discutimos; o domínio Autonomia Física é avaliado de uma forma global, não sendo identificadas de forma detalhada as atividades que a enformam.

Se atendermos ao investimento e aos objetivos que a Rede se propõe naquilo que é a reabilitação e a reintegração da população assistida, parece-nos importante que estes dados possam ser disponibilizados. Seriam um contributo valioso para a monitorização dos cuidados das equipas e constituiriam também um influente instrumento para as necessidades e recursos dos cuidados domiciliários.

Respeitando a importância que a avaliação multidimensional possui a par da especificidade que engloba, sugerimos que a avaliação do MAB seja repartida pelos diferentes profissionais de acordo com a sua especialização, o que permitirá uma fidedignidade superior dos resultados. Neste contexto, sugerimos ainda um conhecimento mais estruturado sobre o seu preenchimento, apoiado numa aprendizagem sistematizada dos seus conceitos e conteúdos conceptuais, cuja publicação do manual a que nos referimos anteriormente poderá oferecer um contributo importante.

A importância que as variáveis presença de equipa multidisciplinar e rácio doentes/terapeutas demonstraram para os resultados alcançados na funcionalidade, merecem que se definam linhas orientadoras na composição e dinâmica destas variáveis.

A possibilidade de serem disponibilizados espaços para a prática da religiosidade/espiritualidade deve ser tida em conta pela importância e ligação que vem demonstrando na saúde dos indivíduos e que se crê possa vir a ser considerada brevemente, a quarta dimensão da funcionalidade.

Sugerimos ainda que a informação organizada para a composição dos Censos Nacionais e dos Inquéritos Nacionais de Saúde se faça respeitando o destaque que as Atividades/Participação e os Fatores Ambientais merecem na avaliação e monitorização da saúde e da funcionalidade das populações, considerando-a uma variável incontornável da Saúde Pública e das Políticas Sociais.

Sugerimos ainda que na revisão que possa brevemente acontecer relativa aos qualificadores da ICF, seja tida em conta a especificidade de cada componente. A nossa pesquisa permitiu-nos perceber que provavelmente não poderemos utilizar os mesmos qualificadores para todos os componentes, dada a dificuldade de os operacionalizar em determinados domínios. Este aspeto será fundamental para a aceitação e aplicabilidade da ICF e dos Core Sets. O contributo valioso que a Classificação pode dar para a reforma das políticas da saúde, da educação ou do apoio social, manter-se-á amputada enquanto não esclarecermos e uniformizarmos este processo.

Sugerimos também que o componente Estruturas do Corpo seja avaliado de forma contemporânea em função da relevância que pode ter para o indivíduo ou para a situação concreta. Esta sugestão apoia-se no facto de que a maior parte das vezes as suas alterações são irreversíveis e a sua importância só é real se interfere com a capacidade e o desempenho dos indivíduos.

Por último e pela experiência que temos enquanto docente de unidades curriculares como a Fisioterapia Aplicada às Condições Neurológicas e a Fisioterapia Aplicada à Geriatria, sugerimos uma atualização dos *curricula* nestas áreas, que promova o ensino de intervenções reabilitativas mais baseadas na evidência. Sobre este aspeto deixamos contudo a ressalva que não basta aplicar a técnica mais efetiva, é igualmente importante saber selecionar os indivíduos que podem verdadeiramente beneficiar com essa técnica. Estas correções poderão promover resultados mais eficazes para os indivíduos, ao apoiarem-se em evidências neurofisiológicas e em conceptualizações mais de acordo com o modelo biopsicossocial que hoje conhecemos.

BIBLIOGRAFIA

- Abellan van Kan G, Rolland Y, Andrieu S, Bauer J, Beauchet O, Bonnefoy M et al. Gait speed at usual pace as a predictor of adverse outcomes in community-dwelling older people an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(10): 881-9
- ACSM. Position Stand. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2009
- Ahlskog JE, Geda YE, Graff-Radford NR, Petersen RC. Physical exercise as a preventive or disease-modifying treatment of dementia and brain aging. *Mayo Clin Proc*. 2011; 86(9):876-84
- Aijanseppa S, Notkola IL, Tijhuis M, Van Staveren W, Kromhout D, Nissinen A. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE Project. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(5):413-9
- Alarcón T, González-Montalvo JI, Gotor P, Madero R, Otero A. Activities of daily living after hip fracture: profile and rate of recovery during 2 years of follow-up. *Osteoporos Int*. 2011; 22(5):1609-13
- Allan CM, Campbell WN, Guptill CA, Stephenson FF, Campbell KE. A conceptual model for interprofessional education: The international classification of functioning, disability and health (ICF). *J Interprof Care*. 2006; 20(3): 235-45
- Allet L, Burge E, Monin D. ICF: Clinical relevance for physiotherapy? A critical review. *Advances Physiother*. 2008; 10(3): 127-37
- Almeida MF. Envelhecimento: Activo? Bem Sucedido? Saudável? Possíveis Coordenadas de Análise...*Forum Sociológico*. 2007; Série II (17): 17-24
- Al Snih S, Graham JE, Ray LA, Samper-Ternent R, Markides KS, Ottenbacher KJ. Frailty and Incidence of Activities of Daily Living Disability among Older Mexican Americans. *J Rehabil Med*. 2009; 41(11): 892-97
- Alviar MJ, Olver J, Pallant JF, Brand C, de Steiger R, Pirpiris M et al. Can the ICF osteoarthritis core set represent a future clinical tool in measuring functioning in persons with osteoarthritis undergoing hip and knee joint replacement? *J Rehabil Med*. 2012; 44(11):955-61
- Andronache AS, Alvarez AS, Ajovalasit D, Cerniauskaite M, Koutsogeorgou E, Quintas R et al. Analysis of general population surveys with regard to comparable estimates of disability and its correlates across selected European surveys. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012; 91(13 Suppl 1): S141-5
- Angevaren M, Aufdemkampe G, Verhaar HJ, Aleman A, Vanhees L. Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16; (2):CD005381. doi: 10.1002/14651858.CD005381.pub2
- António JFN & Fontes AP. Orientação espaço temporal e funcionalidade: um estudo exploratório numa população idosa. Silves: Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve, 2012, 36p., Monografia de Licenciatura em Fisioterapia

- Apisarnthanarak A, Rutjanawech S, Wichansawakun S, Ratanabunjerdkul H, Patthranitima P, Thongphubeth K et al. Initial inappropriate urinary catheters use in a tertiary-care center: incidence, risk factors, and outcomes. *Am J Infect Control*. 2007; 35(9):594-9
- Aretouli E & Brandt J. Everyday functioning in mild cognitive impairment and its relationship with executive cognition. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010; 25(3):224-33
- Armayer AC, Vivar C, Durán CN. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. *An Sist Sanit Navar*. 2011; 34(3):463-9
- Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-Olsson L. Determinants of self-rated health in old age: a population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*. 2011a; 25(11): 670
- Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-Olsson L. Participation frequency and perceived participation restrictions at older age: applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Disabil Rehabil*. 2011b; 33(23-24): 2208-16
- Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013; 202(1):14-21
- Ayuso-Mateos JL, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J, Vázquez-Barquero JL. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12): 461-66
- Balzi D, Lauretani F, Barchielli A, Ferrucci L, Bandinelli S, Buiatti E, Milanesechi Y, Guralnik JM. Risk factors for disability in older persons over 3-year follow-up. *Age Ageing*. 2010; 39:92–98
- Barberger-Gateau P, Commenges D, Gagnon M, Letenneur L, Sauvel C, Dartigues JF. Instrumental activities of daily living as a screening tool for cognitive impairment and dementia in elderly community dwellers. *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40(11): 1129-34
- Barnes C & Mercer G. *Disability*. Cambridge: Polity Press, 2003
- Baron R. Neuropathic pain: a clinical perspective. *Handb Exp Pharmacol*. 2009; 194:3-30
- Batani H & Maki BE. Assistive devices for balance and mobility: benefits, demands, and adverse consequences. *Arch Phys Med Rehabil*. 2005; 86(1): 134-145
- Beaglehole R & Bonita R. Global public health: a scorecard. *Lancet*. 2008; 6; 372(9654):1988-96
- Beauchet O, Allali G, Berrut G, Hommet C, Dubost V, Assal F. Gait analysis in demented subjects: Interests and perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008; 4(1):155-60
- Bell-McGinty S, Podell K, Franzen M, Baird AD, Williams MJ. Standard measures of executive function in predicting instrumental activities of daily living in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002; 17(9): 828-34
- Bellelli G, Noale M, Guerini F, Turco R, Maggi S, Crepaldi G et al. A prognostic model predicting recovery of walking independence of elderly patients after hip-fracture

surgery. An experiment in a rehabilitation unit in Northern Italy. *Osteoporos Int.* 2012; 23(8):2189-200

Bennett JS, Boyle PA, James BD, Bennett DA. Correlates of health and financial literacy in older adults without dementia. *BMC Geriatr.* 2012 Jun 12;12:30

Berg K, Finne-Soveri H, Gray L, Henrard JC, Hirdes J, Ikegami N et al. Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Services Res.* 2009; March, 9:47

Berg K, Finne-Soveri H, Gray L, Henrard JC, Hirdes J, Ikegami N. Relationship between interRAI HC and the ICF: opportunity for operationalizing the ICF. *BMC Health Serv Res* 2009; 17: 9-47

Berry SD & Miller RR. Falls: Epidemiology, Pathophysiology, and Relationship to Fracture. *Curr Osteoporos Rep.* 2008; Dec 6 (4): 149-154

Bertram M, Norman R, Kemp L, Vos T. Review of the long-term disability associated with hip fractures. *Inj Prev.* 2011; 17(6):365-70

Bickenbach JE. Ethical Considerations in Applying the ICF. In: Mpofu E, Oakland T, (Ed.). *Rehabilitation and Health Assessment. Applying ICF Guidelines.* New York: Springer Publishing Company; 2010, p. 47-65

Blazer DG. Spirituality, depression and the elderly. *South Medic J* 2006; 99: 1178-1179

Bleijlevens MHC, Diederiks JPM, Hendriks MRC, van Haastregt JC, Crebolder HF, van Eijk JT.. Relationship between location and activity in injurious falls: an exploratory study. *BMC Geriatrics.* 2010; 10:40

Bloch F, Thibaud M, Dugué B, Brèque C, Rigaud AS, Kemoun G. Episodes of falling among elderly people: a systematic review and meta-analysis of social and demographic predisposing characteristics. *Clinics.* 2010; 65(9): 895-903

Bohannon RW. Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants. *Age Ageing.* 1997; 26(1): 15-9

Bond J, Dickinson HO, Matthews F, Jagger C, Brayne C: Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: a longitudinal cohort study. *Eur J Ageing* 2006; 3(4): 193-206

Borson S. Cognition, aging, and disabilities: conceptual issues. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2010; 21(2): 375-82

Botelho, MA. *Autonomia Funcional em Idosos, Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano.* 1ª Edição, Porto: Edições Bial; 2000; 258p

Botelho MA. A Funcionalidade dos Idosos. In Paúl C & Fonseca AM (Coord.), *Envelhecer em Portugal.* 1ª Edição, Lisboa: Climepsi; 2005; 311p

Botelho MA. Idade avançada – características biológicas e multimorbilidade. *Rev Port Clin Geral.* 2007; 23:191-5

Bowling A & Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ.* 2005; 24; 331(7531):1548-51

- Boyington JE, Howard DL, Holmes DN. Self-rated health, activities of daily living, and mobility limitations among black and white stroke survivors. *J Aging Health*. 2008; 20(8):920-39
- Boyle PA, Paul RH, Moser DJ, Cohen RA. Executive impairments predict functional declines in vascular dementia. *Clin Neuropsychol*. 2004; 18(1): 75-82
- Bradley SM & Hernandez CR. Geriatric Assistive Devices. *Am Fam Physician*. 2011; 84(4):405-11
- Brage S, Donceel P, Falez F, Working Group of the European Union of Medicine in Assurance and Social Security. Development of ICF core set for disability evaluation in social security. *Disabil Rehabil*. 2008; 30(18): 1392-6
- Brenes-Camacho G. Favourable changes in economic well-being and self-rated health among the elderly. *Soc Sci Med*. 2011; 72(8):1228-35
- Brittain KR, Peet SM, Potter JF, Castleden M. Prevalence and management of urinary incontinence in stroke survivors. *Age Ageing*. 1999; 28:509-11
- Brittain K, Perry S, Shaw C, Matthews R, Jagger C, Potter J. Isolated urinary, fecal, and double incontinence: Prevalence and degree of soiling in stroke survivors. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54(12):1915-9
- Broberg C, Aars M, Beckmann K, Emaus N, Lehto P, Lähteenmäki MI et al. A Conceptual Framework for Curriculum Design in Physiotherapy Education – an International Perspective. *Advances in Physiotherapy*. 2003; 5(4): 161-68
- Brown DC, Hayward MD, Montez JK, Hummer RA, Chiu CT, Hidajat MM. The Significance of Education for Mortality Compression in the United States. *Demography*. 2012; 49(3): 819-40
- Bruyère S, Van Looy S, Peterson D. The International Classification of Functioning, Disability and Health: contemporary literature overview. *Rehabil Psychol*. 2005; 50(2): 13-121
- Buchman AS, Shah RC, Leurgans SE, Boyle PA, Wilson RS, Bennett DA. Musculoskeletal pain and incident disability in community-dwelling older adults. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010; 62(9): 1287-93
- Burfield AH, Wan TT, Sole ML, Cooper JW. Behavioral cues to expand a pain model of the cognitively impaired elderly in long-term care. *Clin Interv Aging*. 2012;7:207-23
- Burton CL, Strauss E, Hultsch DF, Hunter MA. Cognitive functioning and everyday problem solving in older adults. *Clin Neuropsychol*. 2006; 20(3): 432-52
- Butler M, Forte ML, Joglekar SB, Swiontkowski MF, Kane RL. Evidence summary: systematic review of surgical treatments for geriatric hip fractures. *J Bone Joint Surg Am*. 2011; 93(12):1104-15
- Cabrero-García J & López-Pina JA. Aggregated measures of functional disability in a nationally representative sample of disabled people: analysis of dimensionality according to gender and severity of disability. *Qual Life Res* 2008; 17(3):425-36
- Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, Murray GR, Hill KD, Cumming RG et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals.

- Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12; 12: CD005465. doi: 10.1002/14651858.CD005465.pub3. Review
- Campbell WN & Skarakis-Doyle E. School-aged children with SLI: The ICF as a framework for collaborative service delivery. *J Commun Disord*. 2007; 40(6): 513-35
- CDCP - Centers for Disease Control and prevention. Ten Great Public Health Achievements-United States, 2001-2010. *JAMA*. 2011; July 6; 306(1): 36-8
- Carod-Artal FJ, González-Gutiérrez JL, Herrero JA, Horan T, De Seijas EV. Functional recovery and instrumental activities of daily living: follow-up 1-year after treatment in a stroke unit. *Brain Inj*. 2002; 16(3):207-16
- Case A & Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography* 2005; 42(2): 189-214
- Caspersen CJ, Powell KE, Christensen GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985; 100:126-31
- Castilla-Rilo J, López-Arrieta J, Bermejo-Pareja F, Ruiz M, Sánchez-Sánchez F, Trincado R. Instrumental activities of daily living in the screening of dementia in population studies: a systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(9):829-36
- Chang C-H, Gonzalez CM, Lau DT, Sier HC. Urinary Incontinence and Self-Reported Health Among the U.S. Medicare Managed Care Beneficiaries. *J Aging Health* 2008; 20:405-19
- Chiarelli P, Byles J, Parkinson L, Gibson R. Changes in lower urinary tract symptoms following surgery for fractured neck of femur. *Australian and New Zealand Continence Journal*. 2006; 12(4):90-2
- Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Aust J Physiother*. 2009;55(2):89-95
- Cho HJ, Skowera A, Cleare A, Wessely S. Chronic fatigue syndrome: An update focusing on phenomenology and pathophysiology. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:67-73
- Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009; 374(9696): 1196-208
- Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S et al. Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med*. 2002; 34(5): 205-10
- Cieza A & Stucki G. New approaches to understanding the impact of musculoskeletal conditions. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2004; 18(2): 141-54
- Cieza A & Stucki G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). *Qual Life Res*. 2005; 14(5): 1225-37
- Cieza, A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 2005; 37(4): 212-18

- Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustün BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modeling. *BMC Med Res Methodol*. 2006; 27(6): 36
- Cieza A & Stucki G. The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008; 44(3): 303-13
- Cieza A, Kirchberger I, Biering-Sorensen, Baumberger M, Charlifue S, Post MW, et al. ICF Core Sets for individuals with spinal cord injury in long-term context. *Spinal Cord*. 2010; 48 (4): 305-12
- Ciro CA, Ottenbacher KJ, Graham JE, Fisher S, Berges I, Ostir GV. Patterns and correlates of depression in hospitalized older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012; 54(1):202-5
- Ciuffreda KJ, Kapoor N, Rutner D, Suchoff IB, Han ME, Craig S. Occurrence of oculomotor dysfunctions in acquired brain injury: a retrospective analysis. *Optometry*. 2007; 78:155-161
- Crimmins EM. Trends in the health of the elderly. *Annu Rev Public Health*. 2004; 25: 79-98
- Crimmins EM, Hayward MD, Hagedorn A, Saito Y, Brouard N. Change in disability- free life expectancy for Americans 70-years-old and older. *Demography*. 2009; 46(3): 627-46
- Crimmins EM & Beltrán-Sánchez H. Mortality and Morbidity Trends: Is There Compression of Morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011; 66B (1): 75-86
- Cromwell DA, Eager K, Poulos RG. The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for cognitive impairments in elderly community residents. *J Clin Epidemiol*. 2003; 56(2):131-7
- Cumming TB, Tyedin K, Churilov L, Morris ME, Bernhardt J. The effect of physical activity on cognitive function after stroke: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2012; 24(4):557-67
- Cumming TB, Marshall RS, Lazar RM. Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *Int J Stroke*. 2013;8(1):38-45
- Dalby P. Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. *Aging Ment Health*. 2006 Jan; 10(1):4-12
- Dale C, Prieto-Merino D, Kuper H, Adamson J, Bowling A, Ebrahim S et al. Modelling the association of disability according to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) with mortality in the British Women's Heart and Health Study. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(2): 170-5
- Darrah J, Loomis J, Manns P, Norton B, May L. Role of conceptual models in a physical therapy curriculum: Application of an integrated model of theory, research, and clinical practice. *Physiother Theory Pract*. 2006; 22(5): 239-50

- Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010; Sep 21 (5): 658-668
- De Gagne JC, So A, Oh J, Park S, Palmer MH. Sociodemographic and health indicators of older women with urinary incontinence: 2010 national survey of residential care facilities. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61(6):981-6
- Della Rocca GJ, Crist BD. Hip fracture protocols: what have we changed? *Orthop Clin North Am*. 2013; 44(2):163-82
- Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing*. 2012; 41(2): 148-54
- Den Ouden ME, Schuurmans MJ, Arts IE, van der Schouw YT. Physical performance characteristics related to disability in older persons: a systematic review. *Maturitas*. 2011; 69(3): 208-19
- de Pedro-Cuesta J, Comín Comín M, Virués-Ortega J, Almazán Isla J, Avellanal F, Alcalde Cabero E et al. ICF-based disability survey in a rural population of adults and older adults living in Cinco Villas, Northeastern Spain: design, methods and population characteristics. *Neuroepidemiology*. 2010;35(1):72-82
- de Pedro-Cuesta J, Alberquilla A, Virués-Ortega J, Carmona M, Alcalde-Cabero E, Bosca G et al. ICF disability measured by WHO-DAS II in three community diagnostic groups in Madrid, Spain. *Gac Sanit*. 2011 Dec;25 Suppl 2:21-8
- Depp CA & Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14(1): 6-20
- Deshpande N & Patla AE. Visual-vestibular interaction during goal directed locomotion: effects of aging and blurring vision. *Exp Brain Res*. 2007; 176(1): 43-53
- Desrosiers J, Robichaud L, Demers L, Gélinas I, Noreau L, Durand D. Comparison and correlates of participation in older adults without disabilities. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 49(3): 397-403
- Dhanwal DK, Dennison EM, Harvey NC, Cooper C. Epidemiology of hip fracture: Worldwide geographic variation. *Indian J Orthop* 2011; 45(1):15-22
- Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Inzitari M, Scafato E, Farchi G et al. CIND and MCI in the Italian elderly: frequency, vascular risk factors, progression to dementia. *Neurology*. 2007 May 29; 68(22):1909-16
- Diehl MK & Wahl HW. Awareness of age-related change: examination of a (mostly) unexplored concept. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010; 65B(3):340-50
- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113(5):372-87
- Dias CM. 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2009; Número Especial 25 anos: 51-60
- Dowling-Castronovo A, Specht JK. How to try this: Assessment of transient urinary incontinence in older adults. *Am J Nurs*. 2009; 109(2):62-71

- DuBeau CE, Kuchel GA, Johnson T 2nd, Palmer MH, Wagg A; Fourth International Consultation on Incontinence. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):165-78
- Duchan JF. Where is the person in the ICF? *Intern Advances Speech-Language Pathol*. 2004; 6 (1): 63-5
- Duggal NA, Upton J, Phillips AC, Hampson P, Lord JM. Depressive symptoms are associated with reduced neutrophil function in hip fracture patients. *Brain Behav Immun*. 2013 Oct;33:173-82
- Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. *Stroke*. 2007; 38(10):2745-51
- Dumoulin MF, Hamers JP, Ambergen AW, Janssen MA, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence among community-dwelling adults receiving home care. *Res Nurs Health* 2008; 31(6):604-12
- Dunlop DD, Manheim LM, Sohn MW, Liu X, Chang RW. Incidence of functional limitation in older adults: the impact of gender, race, and chronic conditions. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83:964-7
- Edwards DF, Hahn M, Dromerick A. Post stroke urinary loss, incontinence and life satisfaction: when does post-stroke urinary loss become incontinence? *Neurourol Urodyn*. 2006; 25(1):39-45
- Elliott RA, Marriott JL. Standardised assessment of patients' capacity to manage medications: a systematic review of published instruments. *BMC Geriatr*. 2009 Jul 13;9:27
- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36
- Escorpizo R, Ekholm J, Gmunder HP, Cieza A, Kostanjsek N, Stucki G. Developing a Core Set to describe functioning in vocational rehabilitation using the The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *J Occup Rehabil*. 2010; 20 (4): 502-11
- Escorpizo R, Kostanjsek N, Kennedy C, Nicol MM, Stucki G, Ustün TB et al. Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. *BMC Public Health*. 2013 Aug 12;13:742
- European Commission, Directorate-General for Employment and Social Affairs, Department of Social Security and Social Integration, "Definition of disability in Europe: a comparative analysis—study prepared by Brunel University," 2002. Disponível em: <http://www.ozida.gov.tr/raporlar/uluslararasi/ab/ABdokumanlar/definitionofdisability ineuropa.pdf>.
- European Commission. The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Disponível em: <http://www.ec.europa.eu>
- Eurostat. Key Figures on Europe 2012- European Commission. Disponível em linha em: <http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu>

- Evans JR, Fletcher AE, Wormald RP, Ng ES, Stirling S, Smeeth L et al. Prevalence of visual impairment in people aged 75 years and older in Britain: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Br J Ophthalmol*. 2002; 86:795-800
- Ewert T, Fuessl M, Cieza A, Andersen C, Chatterji S, Kostanjsek N, et al. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. *J Rehabil Med*. 2004; 36(S44): 22-9
- Fairhall N, Sherrington C, Kurrle SE, Lord SR, Cameron ID. ICF participation restriction is common in frail, community-dwelling older people: an observational cross-sectional study. *Physiotherapy*. 2011; 97(1): 26-32
- Faruqui SR & Jaeblo T. Ambulatory assistive devices in orthopaedics: uses and modifications. *J Am Acad Orthop Surg*. 2010; 18(1): 41-50
- Fernandes AA. Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Anál Social* 2007; 183:419-43
- Fernandes AA & Botelho MA. Envelhecer Ativo, Envelhecer Saudável: O Grande Desafio. *Forum Sociológico*. 2007; Série II (17): 11-16
- Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Geoffrey R, Stucki G, Cieza A. Funcionamiento y Discapacidad: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (ICF). *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83(6): 775-83
- Ferreira LTD, Castro SS, Buchalla CM. The International Classification of Functioning, Disability and Health: progresso and opportunities. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2014; 19(2): 469-474
- Ferrucci L, Guralnik JM, Cecchi F, Marchionni N, Salani B, Kasper J et al. Constant hierarchic patterns of physical functioning across seven populations in five countries. *Gerontologist*. 1998; 38(3): 286-94
- Feyereisen P, Gendron M, Seron X. Disorders of everyday actions in subjects suffering from senile dementia of Alzheimer's type: An analysis of dressing performance. *Neuropsychol Rehabil*. 1999; 9(2): 169-188
- Fieo RA, Austin EJ, Starr JM, Deary IJ. Calibrating ADL-IADL scales to improve measurement accuracy and to extend the disability construct into the preclinical range: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2011 Aug 16;11:42
- Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009; 5:363-89
- Fontes AP & Cintra R. Prática Baseada na Evidência em Fisioterapia: Conceitos e Concretizações no Acidente Vascular Cerebral. *Sinapse*. 2013; 13 (2): 32-41
- Fontes AP, Botelho MA, Fernandes AA. A funcionalidade dos mais idosos (≥75 anos): conceitos, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 2013; 16(1):91-107
- Fontes AP, Botelho MA, Fernandes AA. Quem são aqueles que caem? Fatores associados às fraturas do fêmur nos idosos. *Rev Port Ortop Traum* 2011a); 19(3): 255-265

- Fontes AP, Botelho MA, Fernandes AA. Funcionalidade e Incontinência Urinária. *Acta Urológica* 2011b; 28(2): 12-19
- Fontes AP. Funcionalidade e Incapacidade. *Conceptualização, Estrutura e Aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Loures: Lusociência; 2014; 90p
- Freedman VA, Martin LG, Schoeni RF, Cornman JC. Declines in late-life disability: The role of early- and mid-life factors. *Soc Sci Med*. 2008; 66(7): 1588-602
- Fries JF, Bruce B, Chakravarty E. Compression of morbidity 1980-2011: a focused review of paradigms and progress. *J Aging Res*. 2011; 2011: 261702
- Fritz S & Lusardi M. White paper: "walking speed: the sixth vital sign". *J Geriatr Phys Ther*. 2009; 32(2): 46-9
- Fukui N, Watanabe Y, Nakano T, Sawaguchi T, Matsushita T. Predictors for ambulatory ability and the change in ADL after hip fracture in patients with different levels of mobility before injury: a 1-year prospective cohort study. *J Orthop Trauma*. 2012; 26(3):163-71
- Fultz NH, Herzog AR, Raghunathan TE, Wallace RB, Diokno AC. Prevalence and severity of urinary incontinence in older African American and Caucasian women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54(6):M299-303
- Gabre P, Sjöquist K. Experience and assessment of pain in individuals with cognitive impairments. *Spec Care Dentist*. 2002;22(5):174-80
- García-Pérez L, Linertová R, Lorenzo-Riera A, Vázquez-Díaz JR, Duque-González B, Sarria-Santamera A. Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review. *QJM*. 2011; 104(8):639-51
- Gaudette M & Anderson A. Evaluating money management skills following brain injury using the assessment of functional monetary skills. *Brain Inj*. 2002; 16(2):133-48
- Gerin-Lajoie M, Richards CL, McFadyen BJ. The circumvention of obstacles during walking in different environmental contexts: a comparison between older and younger adults. *Gait Posture*. 2006; 24(3): 364-69
- Gil AP. Envelhecimento Ativo: Complementaridades e Contradições. *Forum Sociológico*. 2007; Série II (17): 25-36
- Gill TM, Robison JT, Tinetti ME. Difficulty and dependence: two components of the disability continuum among community-living older persons. *Ann Intern Med*. 1998; 128(2): 96-101
- Gill TM, Guo Z, Allore HG. The epidemiology of bathing disability in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2006; 54(10): 1524-30
- Gill TM, Han L, Allore HG. Bath aids and the subsequent development of bathing disability in community-living older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55(11): 1757-63
- Gilleard C, Hyde M, Higgs P. Community and communication in the third age: the impact of internet and cell phone use on attachment to place in later life in England. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62(4):S276-83

- Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Sep 12:9: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3
- Glosser G, Gallo J, Duda N, de Vries JJ, Clark CM, Grossman M. Visual perceptual functions predict instrumental activities of daily living in patients with dementia. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 2002; 15(3): 198-206
- Gold DA. An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2012; 34(1):11-34
- Golding MR. Public Health and Aging: Trends in Aging—United States and Worldwide. *JAMA*. 2003; 289 (11): 1371-73
- Gonçalves C & Silva C. Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal. *Estudos Demográficos* 2004; 35:143-169. Instituto Nacional de Estatística - Gabinete de Estudos Demográficos, Lisboa
- Gottesman RF & Hillis AE. Predictors and assessment of cognitive dysfunction resulting from ischaemic stroke. *Lancet Neurol*. 2010 Sep; 9(9):895-905
- Graham JE, Ostir GV, Fisher SR, Ottenbacher KJ. Assessing walking speed in clinical research: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2008; 14(4): 552-62
- Grill E, Ewert T, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005a); 27(7/8): 361-66
- Grill E, Hermes R, Swoboda W, Uzarewicz C, Kostanjsek N, Stucki G. ICF Core Sets for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005 b); 27(7/8): 411-17
- Grill E, Quittan M, Huber EO, Boldt C, Stucki G. Identification of relevant ICF categories by health professionals in the acute hospital. *Disabil Rehabil*. 2005 c); 27(7/8): 437-45
- Grill E, Stucki G, Boldt C, Joisten S, Swoboda W. Identification of relevant ICF categories by geriatric patients in an early post-acute rehabilitation facility. *Disabil Rehabil*. 2005 d); 27(7/8): 467-73
- Grill E & Stucki G. Criteria for validation comprehensive ICF Core Sets and developing brief ICF Core Set versions. *J Rehabil Med*. 2011; 43(2):87-91
- Grill E, Quittan M, Fialka-Moser V, Müller M, Strobl R, Kostanjsek N, et al. Brief ICF Core Sets for the acute hospital. *J Rehabil Med*. 2011 a); 43(2):123-30
- Grill E, Müller M, Quittan M, Strobl R, Kostanjsek N, Stucki G. Brief ICF Core Set for patients in geriatric post-acute rehabilitation facilities. *J Rehabil Med*. 2011 b); 43(2):139-44
- Gross AL, Rebok GW, Unverzagt FW, Willis SL, Brandt J. Cognitive predictors of everyday functioning in older adults: results from the ACTIVE Cognitive Intervention Trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011; 66(5): 557-66
- Guralnik JM & Ferrucci L. The challenge of understanding the disablement process in older persons: commentary responding to Jette AM. Toward a common language of disablement. *Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Nov;64(11):1169-71

Gure TR, Langa KM, Fisher GG, Piette JD, Plassman BL. Functional limitations in older adults who have cognitive impairment without dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2013; 26(2):78-85

Hardy SE, Perera S, Roumani YF, Chandler JM, Studenski SA.. Improvement in usual gait speed predicts better survival in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(11): 1727-34

HEPA Europe. European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em linha em: http://www.euro.who.int/hepa/20050708_5 [página consultada em 18/04/2012]

Herrick C, Steger-May K, Sinacore DR, Brown M, Schechtman KB, Binder EF. Persistent pain in frail older adults after hip fracture repair. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52(12):2062-8

Hilfiker R, Orbist S, Christen G, Lorenz T, Cieza A. The use of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for low back pain in clinical practice: a reliability study. *Physiother Res Int* 2009; 14: 147-66

Hillen T, Davies S, Rudd AG, Kieselbach T, Wolfe CD. Self ratings of health predict functional outcome and recurrence free survival after stroke. *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57(12):960-6

Hjaltadottir I, Hallberg IR, Ekwall AK, Nyberg P. Predicting mortality of residents at admission to nursing home: A longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2011; 11: 86

Hoffman F & Rodriguez R. Informal Careers: Who takes Care of Them? Policy Brief April 2010. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2010. Disponível em linha em: http://www.euro.centre.org/data/1274190382_99603.pdf [página consultada em 28/03/2013]

Holmes J, House A. Psychiatric illness predicts poor outcome after surgery for hip fracture: a prospective cohort study. *Psychol Med.* 2000; 30(4):921-29

Holroyd-Leduc JM, Sen S, Bertenthal D, Sands LP, Palmer RM, Kresevic DM et al. The relationship of indwelling urinary catheters to death, length of hospital stay, functional decline, and nursing home admission in hospitalized older medical patients. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55(2):227-33

Hsu AL, Tang PF, Jan MH. Analysis of impairments influencing gait velocity and asymmetry of hemiplegic patients after mild to moderate stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003; 84(8):1185-93

Huang AJ, Brown JS, Thom DH, Fink HA, Yaffe K; Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Urinary incontinence in older community-dwelling women: the role of cognitive and physical function decline. *Obstet Gynecol.* 2007; 109(4):909-16

Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr.* 2011 Aug 18; 11: 47

Huot R. Métodos Quantitativos para as Ciências Sociais. Instituto Piaget; Lisboa; 2002

ICF Research Branch. Disponível em: <http://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects.html>

INE. Projeções da População residente em Portugal: 2008-2060. Instituto Nacional de Estatística, 2009. Disponível em linha em: <http://www.ine.pt>

INE. Censos 2011 Resultados Definitivos-Portugal. Instituto Nacional de Estatística, 2012a). Disponível em linha: <http://www.censos.ine.pt>

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Disponível em linha em: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf [página consultada em 03/08/2012]

Jagger C, Arthur AJ, Spiers NA, Clarke M. Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *J Am Geriatr Soc.* 2001; 49(4): 404-9

Jefferson AL, Barakat LP, Giovannetti T, Paul RH, Glosser G. Object perception impairments predict instrumental activities of daily living dependence in Alzheimer's disease. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2006a); 28(6): 884-97

Jefferson AL, Cahn-Weiner DA, Boyle PA, Paul RH, Moser DJ, Gordon N et al. Longitudinal changes in activities of daily living (ADLs) among patients with vascular dementia (VaD). *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006b); 21(8): 752-54

Jefferson AL, Paul RH, Ozonoff A, Cohen RA. Evaluating elements of executive functioning as predictors of instrumental activities of daily living (IADLs). *Arch Clin Neuropsychol.* 2006c); 21(4): 311-20

Jellinger KA, Attems J. Neuropathological approaches to cerebral aging and neuroplasticity. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013 Mar;15(1):29-43

Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health; A literature survey. *J Rehabil Med.* 2009; 41(1): 1-12

Jenkins KR, Fultz NH. Functional impairment as a risk factor for urinary incontinence among older Americans. *Neurourol Urodyn.* 2005; 24(1):51-5

Jette AM, Haley SM, Kooyoomjian JT. Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct? *J Rehabil Med.* 2003; 35(3):145-9

Johnson J, Lui L, Yaffe K. Executive function, more than global cognition, predicts functional decline and mortality in elderly women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007; 62(10): 1134-41

Joray S, Herrmann F, Mulligan R, Schnider A. Mechanism of Disorientation in Alzheimer's Disease. *Eur Neurol.* 2004; 52(4):193-97

Justo C (Coord), Dias G, Nogueira D et al. *Eu gostava de ir ver gente.* 1ª Edição, Lisboa: Campo da Comunicação; 2005; 130p

Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009; 69(3):307-16

Kawachi I, Adler NE, Dow WH. Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Ann N Y Acad Sci.* 2010; 1186:56-68

Keeler E, Guralnik JM, Tian H, Wallace RB, Reuben DB. The impact of functional status on life expectancy in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2010; 65(7): 727-33

- Kelly JO, Kilbreath SL, Davis GM, Zeman B, Raymond J. Cardiorespiratory fitness and walking ability in subacute stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil.* 2003; 84(12):1780-85
- Kempen GI, Myers AM, Powell LE. Hierarchical structure in ADL and IADL: analytical assumptions and applications for clinicians and researchers. *J Clin Epidemiol.* 1995; 48(11): 1299-305
- Kempen GI, Sanderman R, Scaf-Klomp W, Ormel J. Gender differences in recovery from injuries to the extremities in older persons. A prospective study. *Disabil Rehabil.* 2003; 25(15):827-32
- Kim CM & Eng JJ. The relationship of lower-extremity muscle torque to locomotor performance in people with stroke. *Phys Ther.* 2003; 83(1):49-57
- Kim KR, Lee KS, Cheong HK, Eom JS, Oh BH, Hong CH. Characteristic profiles of instrumental activities of daily living in different subtypes of mild cognitive impairment. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2009; 27(3):278-85
- Kingston A, Collerton J, Davies K, Bond J, Robinson L, Jagger C.. Losing the ability in activities of daily living in the oldest old: a hierarchical disability scale from the Newcastle 85+ study. *PLoS One.* 2012; 7(2): e31665
- Kline Mangione K, Craik RL, Lopopolo R, Tomlinson JD, Brenneman SK. Predictors of gait speed in patients after hip fracture. *Physiother Can.* 2008; 60(1):10-8
- Koenig HG. Religion, spirituality and aging. *Aging Ment Health* 2006; 10(1):1-3
- Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry.* 2012 Dec 16;2012:278730
- Kohler F, Connolly C, Sakaria A, Stendara K, Buhagiar M, Mojaddidi M. Can the ICF be used as a rehabilitation outcome measure? A study looking at the inter- and intra-rater reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. *J Rehabil Med.* 2013; 45(9):881-7
- Kovindha A, Wattanapan P, Dejpratham P, Permsirivanich W, Kuptniratsaikul V. Prevalence of incontinence in patients after stroke during rehabilitation: a multi-centre study. *J Rehabil Med.* 2009; 41(6):489-91
- Krause N, Ellison C, Marcum J. The effects of church-based emotional support on health: Do they vary by gender? *Sociology of Religion* 2002; 63(1):21-47
- Kristensen MT. Factors affecting functional prognosis of patients with hip fracture. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2011; 47(2):257-64
- Kuchel GA, Moscufo N, Guttmann CR, Zeevi N, Wakefield D, Schmidt J, et al. Localization of brain white matter hyperintensities and urinary incontinence in community-dwelling older adults. *J Gerontol A BiolSci Med Sci.* 2009; 64(8):902-9
- Kus S, Müller M, Strobl R, Grill E. Patient goals in post-acute geriatric rehabilitation--goal attainment is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med.* 2011; 43(2):156-61

- Kwakkel G, Wagenaar R, Kollen BJ, Lankhorst GJ. Predicting disability in stroke – a critical review of the literature. *Age Ageing*. 1996; 25 (6):479-86
- Lafortune G, Balestat G, Members DSEG. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. 2007. Contract No: DELSA/HEA/WD/HWP (2007) 2
- Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, Stewart J, Rudd AG, Howard R et al. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. *Stroke*. 2001; 32(6):1279-84
- Lawton MP & Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3): 179-86
- Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18(6):424-8
- Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:123-129
- Lehtola S, Koistinen P, Luukinen H. Falls and injurious falls: late in home-dwelling life. *Arch Gerontol Geriatr* 2006; 42(2):217-24
- Lenze EJ, Munin MC, Dew MA, Rogers JC, Seligman K, Mulsant BH, Reynolds CF 3rd. Adverse effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004; 19(5):472-78
- Lenze EJ & Wetherell JL. A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011; 13(4):381-99
- Leonardi M, Meucci P, Albanesi F, Invernizzi V, Raggi A, Lembo R et al. The White Book on Disability in Italy: an ICF-based Italian survey. *Disabil Rehabil*. 2009; 31 (Suppl 1): S40-5
- Leonardi M, Chatterji S, Ayuso-Mateos JL, Hollenweger J, Ustün B, Kostanjsek NF et al. Integrating research into policy planning: MHADIE policy recommendations. *Disabil Rehabil*. 2010; 32 Suppl 1: S139-47
- Leonardi M. Measuring health and disability: supporting policy development. The European MHADIE Project. *Disabil Rehabil*. 2010; 32 Suppl 1: S1-8
- Leonardi M, Martinuzzi A, Meucci P, Sala M, Russo E, Buffoni M et al. A Population Survey in Italy Based on the ICF Classification: Recognizing Persons with Severe Disability. *Scient World J*. 2012; Article ID 189097
- Leopold L & Engelhardt H. Education and physical health trajectories in old age. Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Public Health*. 2013; 58(1):23-31
- Letts L, Moreland J, Richardson J, Coman L, Edwards M, Ginis KM et al. The physical environment as a fall risk factor in older adults: Systematic review and meta-analysis of crosssectional and cohort studies. *Aust Occup Ther J*. 2010; 57 (1):51-64
- Lollar DJ & Crews JE. Redefining the role of public health in disability. *Annu Rev Public Health*. 2003; 24: 195-208

- Lopez D, McCaul KA, Hankey GJ, Norman PE, Almeida OP, Dobson AJ et al. Falls, injuries from falls, health related quality of life and mortality in older adults with vision and hearing impairment--is there a gender difference? *Maturitas*. 2011; 69(4):359-64
- Lum HD, Studenski SA, Degenholtz HB, Hardy SE. Early hospital readmission is a predictor of one-year mortality in community-dwelling older Medicare beneficiaries. *J Gen Intern Med*. 2012 Nov;27(11):1467-74
- Lyyra T-M, Heikkinen E, Lyyra A-L, Jylhä M. Self-rated health and mortality: could clinical and performance-based measures of health and functioning explain the association? *Arch Gerontol Geriatr* 2006; 42:277-288
- Magaziner J, Hawkes W, Hebel JR, Zimmerman SI, Fox KM, Dolan M et al. Recovery from hip fracture in eight areas of function. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000; 55(9):M498-507
- Mahboobin A, Loughlin PJ, Redfern MS. A model-based approach to attention and sensory integration in postural control of older adults. *Neurosci Lett*. 2007 Dec 18; 429(2-3):147-51
- Maierhofer S, Almazán-Isla J, Alcalde-Cabero E, de Pedro-Cuesta J. Prevalence and features of ICF-disability in Spain as captured by the 2008 National Disability Survey. *BMC Public Health*. 2011 Nov 28; 11: 897
- Mak JC, Cameron ID, March LM; National Health and Medical Research Council. Evidence-based guidelines for the management of hip fractures in older persons: an update. *Med J Aust*. 2010; 192(1):37-41
- Manning LK. Spirituality as a lived experience: exploring the essence of spirituality for women in late life. *Int J Aging Hum Dev*. 2012 ; 75(2): 95-113
- Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006; 103(48): 18374-9
- Manton KG. Recent declines in chronic disability in the elderly U.S. population: risk factors and future dynamics. *Annu Rev Public Health*. 2008; 29: 91-113
- Manzoli L, Villari P, Pirone G, Boccia A. Marital status and mortality in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2007; 64(1):77-94
- Mariani E, Monastero R, Ercolani S, Rinaldi P, Mangialasche F, Costanzi, E et al. Influence of comorbidity and cognitive status on instrumental activities of daily living in amnesic mild cognitive impairment: Results from the ReGAI project. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008; 23(5):523-30
- Marks R. Hip fracture epidemiological trends, outcomes, and risk factors, 1970-2009. *Int J Gen Med*. 2010; 8; 3:1-17
- Maroco J. *Análise Estatística Com Utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo; 3ª edição; 2010, pp.710
- Marques A, Martins A, Jácome C, Figueiredo D. Linking the EASY-Care Standard to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2013; 20:1-7

- Marson DC, Sawrie SM, Snyder S, et al. Assessing financial capacity in patients with Alzheimer disease: A conceptual model and prototype instrument. *Arch Neurol*. 2000; 57(6):877-84
- Marson DC, Martin RC, Wadley V, et al. Clinical interview assessment of financial capacity in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc*. May; 2009; 57(5):806-14
- Martin, I. O cuidado informal no âmbito social. In Paúl C & Fonseca AM (eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores; 2005
- Martin LG, Schoeni RF, Andreski PM. Trends in health of older adults in the United States: past, present, future. *Demography*. 2010; 47(Suppl): S17-S40
- Martinez DJ, Kasl SV, Gill TM, Barry LC. Longitudinal association between self-rated health and timed gait among older persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010; 65(6):715-9
- Masala C & Petretto DR. From disablement to enablement: Conceptual models of disability in the 20th century. *Disabil & Rehabil*. 2008; 30(17): 1233-44
- Matheny ME, Miller RR, Shardell MD, Hawkes WG, Lenze EJ, Magaziner J et al. Inflammatory cytokine levels and depressive symptoms in older women in the year after hip fracture: findings from the Baltimore Hip Studies. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59(12): 2249-55
- McDermott S & Turk MA. The myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service. *Disabil Health J*. 2011; 4(1): 1-5
- McFarland MJ. Religion and Mental Health Among Older Adults: Do the Effects of Religious Involvement Vary by Gender? *J Gerontol B Psychol Soc Sci* 2010; 65(5): 621-30
- McLaughlin D, Leung J, Byles J, Dobson A. Living with stairs: functioning in a large cohort of older Australian adults. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(8):1560-2
- Meester-Delver A, Beelen A, Hennekam R, Nollet F, Hadders-Algra M. The Capacity Profile: a method to classify additional care needs in children with neurodevelopmental disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2007; 49(5): 355-60
- Meester-Delver A, Beelen A, Ketelaar M, Hadders-Algra M, Nollet F, Gorter JW. Construct validity of the Capacity Profile in preschool children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2009; 51(6): 446-53
- Meesters JJ, Verhoef J, Liem IS, Putter H, Vliet Vlieland TP. Validity and responsiveness of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II to assess disability in rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2010; 49(2): 326-33
- Mehta SS, Siegler EL, Henderson CR Jr, Reid MC. Acute pain management in hospitalized patients with cognitive impairment: a study of provider practices and treatment outcomes. *Pain Med*. 2010; 11(10):1516-24
- Meijer R, Ihnenfeldt DS, van Limbeek J, Vermeulen M, de Haan RJ. Prognostic factors in the subacute phase after stroke for the future residence after six months to one year. A systematic review of the literature. *Clin Rehabil*. 2003; 17(5):512-20

- Menéndez MA. Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social* 2007; vol. XLII (184):757-87
- Minassian V, Stewart W, Wood G. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstet Gynecol* 2008; 111(2Pt 1): 324-31
- Mitchell M & Miller LS. Prediction of functional status: the ecological validity of four Delis Kaplan Executive Function System tests. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2008; 30(6): 683-90
- Montero-Odasso M, Verghese J, Beauchet O, Hausdorff JM. Gait and cognition: a complementary approach to understanding brain function and the risk of falling. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60(11):2127-36
- Montlahuc C, Soumaré A, Dufouil C, Berr C, Dartigues JF, Poncet M et al. Self-rated health and risk of incident dementia: a community-based elderly cohort, the 3C study. *Neurology.* 2011 Oct 11; 77(15):1457-64
- Morgell R, Backlund LG, Arrelöv B, Strender LE, Nilsson GH. Health problems and disability in long-term sickness absence: ICF coding of medical certificates. *BMC Public Health.* 2011; 11(11): 860
- Morris V, Wagg A. Lower urinary tract symptoms, incontinence and falls in elderly people: time for an intervention study. *Int J Clin Pract.* 2007; 61(2):320-3
- Morrison RS, Magaziner J, McLaughlin MA, Orosz G, Silberzweig SB, Koval KJ et al. The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain.* 2003; 103(3):303-11
- Mossey JM & Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health.* 1982; 72(8):800-8
- Mota-Pinto A, Rodrigues V, Botelho A, Veríssimo MT, Morais A, Alves C et al. A socio-demographic study of aging in the Portuguese population: The EPEPP study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011; 52(3): 304-8
- Müller M, Strobl R, Grill E. Goals of patients with rehabilitation needs in acute hospitals: goal achievement is an indicator for improved functioning. *J Rehabil Med.* 2011; 43(2):145-50
- MURINET - Multidisciplinary Research Network on Health and Disability in Europe, 2011. Disponível em: <http://www.rivm.nl/who-fic/newsletter/May20111MURINET.pdf>
- Naess H, Beiske AG, Myhr KM. Quality of life among young patients with ischaemic stroke compared with patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand.* 2008; 117(3):181-5
- Nagi, SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Men Fund Q Health Soc.* 1976; 54(4): 439-67
- Naik AD, Concato J, Gill TM. Bathing disability in municipality-living older persons: Common, consequential, and complex. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52(11):1805-10
- Naik AD & Gill TM. Underutilization of environmental adaptations for bathing in community-living older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53(9): 1497-503

- Narasimhan M, Campbell N. A tale of two comorbidities: Understanding the neurobiology of depression and pain. *Indian J Psychiatry*. 2010; 52(2):127-30
- Niessen MH, Veeger DH, Meskers CG, Koppe PA, Konijnenbelt MH, Janssen TW. Relationship among shoulder proprioception, kinematics, and pain after stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009; 90(9):1557-64
- Nieto-Moreno M, Gimeno Blanco P, Adán J, García-Olmos L, Valle J, Chatterji S et al. Aplicación de la ICF para el estudio y evaluación del funcionamiento y la discapacidad en depression unipolar en el ámbito de atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006; 34(6): 393-96
- Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(10):M638-43
- Nogueira D & Reis E. Envelhecimento e Condições de Saúde: caracterização dos perfis de dependência dos Idosos Portugueses. In: Livro de comunicações da Conferência Internacional Sobre Envelhecimento. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. 2011: 71-86
- Noonan VK, Kopec JA, Noreau L, Singer J, Dvorak MF. A review of participation instruments based on the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2009; 32(23): 1883-901
- Nuotio M, Jylhä M, Luukkaala T, Tammela TL. Urinary incontinence in a Finnish population aged 70 and over. Prevalence of types, associated factors and self-reported treatments. *Scand J Prim Health Care*. 2003; 21(3):182-7
- Nowak DA. The impact of stroke on the performance of grasping: usefulness of kinetic and kinematic motion analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2008; 32(8):1439-50
- Nybo H, Gaist D, Jeune B, McGue M, Vaupel JW, Christensen K. Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians: The Danish 1905 Cohort Survey. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(5):601-9
- Nygard L. Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in mild cognitive impairment subjects? *Acta Neurol Scand*. 2003; 107 (Suppl. 179):42-6
- O'Donovan MA, Doyle A, Gallagher P. Barriers, activities and participation: Incorporating ICF into service planning datasets. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(25): 2073-080
- O'Donnell MJ, Diener HC, Sacco RL, Panju AA, Vinisko R, Yusuf S. Chronic pain syndromes after ischemic stroke: PROFESS trial. *Stroke*. 2013; 44(5):1238-43
- O'Hara R, Mumenthaler MS, Davies H, Cassidy EL, Buffum M, Namburi S et al. Cognitive status and behavioral problems in older hospitalized patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry*. 2002; 27; 1(1):1
- Okochi J, Utsunomiya S, Takahashi T. Health measurement using the ICF: test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. *Health Qual Life Outcomes*. 2005; 29; 3:46

- Oliveira RA. Para pensar... a dor depressiva na reabilitação da incapacidade física adquirida. *Análise Psicológica*. 2002; 3(XX):471-78
- Oliveira CR, Rosa MS, Mota Pinto A, Botelho MAS, Moraes M, Veríssimo MT. Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde; 2010; 291p
- Oliveira V. Acidente Vascular Cerebral em Portugal – O Caminho para a Mudança. *Acta Med Port* 2012; 25(5):263-264
- Okawa Y, Ueda S, Shuto K, Mizoguchi T. Development of criteria for the qualifiers of activity and participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health based on the accumulated data of population surveys. *Int J Rehabil Res*. 2008; 31(1): 97-103
- Orr D. Contribution of muscle weakness to postural instability in the elderly. A systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2010; 46(2):183-220
- Østbye T, Seim A, Krause KM, Feightner J, Hachinski V, Sykes E, et al. A 10-Year Follow-Up of Urinary and Fecal Incontinence among the Oldest Old in the Community: the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Aging* 2004; 23 (4):319-31
- Ostchega Y, Dillon CF, Lindle R, Carroll M, Hurley BF. Isokinetic leg muscle strength in older americans and its relationship to a standardized walk test: data from the national health and nutrition examination survey 1999-2000. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(6): 977-82
- Pachana NA, McLaughlin D, Leung J, Mckenzie SJ, Dobson A. The effect of having a partner on activities of daily living in men and women aged 82-87 years. *Maturitas* 2011; 68(3):286-90
- Palacios-Ceña D, Jiménez-García R, Hernández- Barrera V, Alonso-Blanco C, Carrasco-Garrido P, Fernández-de-Las-Peñas C. Has the prevalence of disability increased over the past decade (2000-2007) in elderly people? A Spanish population-based survey. *J Am Med Dir Assoc* 2012; 13(2):136-42
- Panagiotakos DB, Chrysoshoou C, Siasos G, Zisimos K, Skoumas J, Pitsavos C, Stefanadis C. Sociodemographic and lifestyle statistics of oldest old people (>80 years) living in ikaria island: the ikaria study. *Cardiol Res Pract*. 2011 Feb 24; 2011
- Parkinson L, Chiarelli P, Byrne J, Gibson R, McNeill S, Lloyd G et al. Continence promotion for older hospital patients following surgery for fractured neck of femur: Pilot of a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2007; 2(4):705-14
- Pascolini D & Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. *Br J Ophthalmol*. 2011; 96(5):614-18
- Penrose N. Don't Stop Me Now – preparing for an ageing population. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2010; 11(3): 36-40
- Pérès K, Helmer C, Amieva H, Orgogozo JM, Rouch I, Dartigues JF, et al. Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: a prospective population-based study. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56(1):37-44

- Perry A, Morris M, Unsworth C, Duckett S, Skeat J, Dodd K, et al. Therapy outcome measures for allied health practitioners in Australia: the AusTOMs. *Int J Qual Health Care*. 2004; 16(4): 285-91
- Persky RW, Turtzo LC, McCullough LD. Stroke in women: disparities and outcomes. *Curr Cardiol Rep*. 2010; 12(1):6-13
- Petrea RE, Beiser AS, Seshadri S, Kelly-Hayes M, Kase CS, Wolf PA. Gender differences in stroke incidence and poststroke disability in the Framingham heart study. *Stroke*. 2009 Apr;40(4):1032-7
- Pettersen R, Stien R, Wyller TB. Post-stroke urinary incontinence with impaired awareness of the need to void: clinical and urodynamic features. *Br J Urol*. 2007; 99:1073-77
- Phillips I. Infusing spirituality into geriatric health care. *Topics Geriatr Rehabil* 2003; 19: 249-256
- Phillips AC, Upton J, Duggal NA, Carroll D, Lord JM. Depression following hip fracture is associated with increased physical frailty in older adults: the role of the cortisol: dehydroepiandrosterone sulphate ratio. *BMC Geriatr*. 2013 Jun 17;13:60
- Pinheiro BDF & Fontes AP. A Importância dos Dispositivos de Auxílio Visual na Funcionalidade dos Idosos. Silves: Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve, 2013, 44p., Monografia de Licenciatura em Fisioterapia
- Population Reference Bureau. Fiche de Données sur la Population Mondiale 2010. Disponível em linha em: [http:// www.prb.org/pdf10/10wpds_fr.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_fr.pdf)
- Preston E, Ada L, Dean CM, Stanton R, Waddington G. What is the probability of patients who are nonambulatory after stroke regaining independent walking? A systematic review. *Int J Stroke*. 2011; 6(6):531-40
- Preyde M, Brassard K. Evidence-based risk factors for adverse health outcomes in older patients after discharge home and assessment tools: a systematic review. *J Evid Based Soc Work*. 2011; 26; 8(5):445-68
- Ptyushkin P, Selb M, Cieza A. ICF Core Sets. In Bickenbach J, Cieza A, Rauch A et al (Ed.). ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice. Gottingen: Hogrefe Publishing, 2012, pp.14-21
- Purser JL, Fillenbaum GG, Pieper CF, Wallace RB. Mild cognitive impairment and 10-year trajectories of disability in the Iowa Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly cohort. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(11):1966-72
- Quaney BM, Boyd LA, McDowd JM et al. Aerobic exercise improves cognition and motor function poststroke. *Neurorehabil Neural Repair*. 2009; 23(9):879-85
- Rauch A, Cieza A, Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for the rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008; 44(3): 329-42
- Rauch A, Luckenkemper M, Cieza A. Use of ICF Core Sets in Clinical Practice. In Bickenbach J, Cieza A, Rauch A et al (Ed.). ICF Core Sets. Manual for Clinical Practice. Gottingen: Hogrefe Publishing, 2012, pp.22-31

- Ray R & McFadden S. The web and the quilt: Alternatives to the heroic journey toward spiritual development. *J Adult Develop* 2001; 8(4):201–211
- Reed GM, Lux JB, Bufka LF, Henrard JC, Hirdes J, Ikegami N, et al. Operationalizing the International Classification of Functioning, Disability and Health in Clinical Settings. *Rehabil Psychol*. 2005; 50(2): 122-31
- Reed GM, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, Materzanini A, Castronuovo D, Manara A et al. Implementing the ICF in a psychiatric rehabilitation setting for People with Serious Mental Illness in the Lombardy region of Italy. *Disabil Rehabil*. 2009; 31(S1): S170-S73
- Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, Gargano JW, Duncan PW, Lynch G et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care and outcomes. *Lancet Neurol*. 2008; 7: 915-26
- Reid KF, Fielding RA. Skeletal muscle power: a critical determinant of physical functioning in older adults. *Exerc Sport Sci Rev*. 2012; 40(1):4-12
- Reinhardt JD, von Elm E, Fekete C, Siegrist J. Social Inequalities of Functioning and Perceived Health in Switzerland – A Representative Cross-Sectional Analysis. *PLoS ONE*. 2012; 7(6): e38782
- Reis JC. O Sorriso de Hipócrates. 1ª Edição, Lisboa: Veja Ld; 1998; 211p
- Réjean Huot. Métodos Quantitativos para as Ciências Sociais. Instituto Piaget; Lisboa; 2002
- Rejeski WJ, Ip EH, Marsh AP, Miller ME, Farmer DF. Measuring disability in older adults: The International Classification System of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Geriatr Gerontol Int*. 2008; 8(1): 48-54
- Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E et al. The implementation of the “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil Rehabil*. 2003; 25(8): 411-21
- Resende de Oliveira C, Santos Rosa M, Mota-Pinto A, Botelho MA, Morais A, Veríssimo MT. Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. Alto Comissariado da Saúde; Lisboa; 2010; 291p
- Revheim N & Greenberg WM. Spirituality matters: Creating a time and place for hope. *Psychiatr Rehabil J* 2007; 30: 307-310
- Riegelman R & Kirkwood B. Public Health 101. Healthy People – Healthy Populations. 2ª Edition; Burlington: Jones & Bartlett Publishers; 2014; 275p
- Rohrer JE, Arif A, Denison A, Young R, Adamson S. Overall self-rated health as an outcome indicator in primary care. *J Eval Clin Pract*. 2007; 13(6):882-8
- Roberts RO, Jacobsen SJ, Reilly WT, Pemberton JH, Lieber MM, Talley NJ. Prevalence of combined fecal and urinary incontinence: a community-based study. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47(7):837-41
- Robinson RG & Spalletta G. Poststroke depression: a review. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(6): 341-9

- Ross NA, Garner R, Bernier J, Feeny DH, Kaplan MS, McFarland B et al. Trajectories of health-related quality of life by socio-economic status in a nationally representative Canadian cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(7):593-8
- Rowe F; VIS group UK. Prevalence of ocular motor cranial nerve palsy and associations following stroke. *Eye (Lond)*. 2011; 25(7):881-7
- Royall D, Palmer R, Chiodo LK, Polk MJ. Declining executive control in normal aging predicts change in functional status: the Freedom House study. *J Am Geriatr Soc*. 2004; 52(3): 346-52
- Royall DR, Lauterbach EC, Kaufer D, Malloy P, Coburn KL, Black KJ et al. The cognitive correlates of functional status: a review from the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2007; 19(3): 249-65
- Ruggero CR, Bilton TL, Teixeira LF, Ramos J de L, Alouche SR, Dias RC et al. Gait speed correlates in a multiracial population of community-dwelling older adults living in Brazil: a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health*. 2013 Feb 28;13:182
- Sakari R, Era P, Rantanen T. Mobility performance and its sensory, psychomotor and musculoskeletal determinants from age 75 to age 80. *Aging Clin Exp Res*. 2010; 22(1):47-53
- Sallinen J, Stenholm S, Rantanen T, Heliovaara M, Sainio P, Koskinen S. Hand-grip strength cut points to screen older persons at risk for mobility limitation. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(9):1721-6
- Saltvedt I, Prestmo A, Einarsen E, Johnsen LG, Helbostad JL, Sletvold O. Development and delivery of patient treatment in the Trondheim Hip Fracture Trial. A new geriatric in-hospital pathway for elderly patients with hip fracture. *BMC Res Notes*. 2012; 16;5:355
- Samuelsson B, Hedström MI, Ponzer S, Söderqvist A, Samnegård E, Thorngren KG et al. Gender differences and cognitive aspects on functional outcome after hip fracture - a 2 years' follow-up of 2,134 patients. *Age Ageing*. 2009; 38(6):686-92
- Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. Determinants of self-rated health items with different points of reference: implications for health measurement of older adults. *J Aging Health*. 2008; 20(6):739-61
- Sargent-Cox K, Cherbuin N, Sachdev P, Anstey KJ. Subjective health and memory predictors of mild cognitive disorders and cognitive decline in ageing: the Personality and Total Health (PATH) through Life Study. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011; 31(1):45-52
- Scheuringer M, Grill E, Boldt C, Mittrach R, Müllner P, Stucki G. Systematic review of measures and their concepts used in published studies focusing on rehabilitation in the acute hospital and in early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil*. 2005; 27(7/8): 419-29

- Schlote A, Richter M, Wunderlich MT, Poppendick U, Möller C, Schwelm K et al. WHODAS II with people after stroke and their relatives. *Disabil Rehabil.* 2009; 31(11): 855-64
- Schmitter-Edgecombe M, Woo E, Greeley DR. Characterizing multiple memory deficits and their relation to everyday functioning in individuals with mild cognitive impairment. *Neuropsychology.* 2009; 23(2):168-77
- Schneidert M, Hurst R, Miller J, Ustün B. The role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil.* 2003; 25(11-12): 588-95
- Schoeni RF, Freedman VA, Martin LG. Why is laterlife disability declining? *Milbank Q* 2008; 86(1):47-89
- Schroll M. Aging, food patterns and disability. *Forum Nutr* 2003; 56:256-8
- Schuntermann MF. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in Germany: experiences and problems. *Int J Rehabil Res.* 2005; 28(2): 93-102
- Seidel D, Jagger C, Brayne C, Matthews FE, Cfas M. Recovery in instrumental activities of daily living (IADLs): findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Age Ageing.* 2009; 38 (6): 663-8
- Seidel D, Brayne C, Jagger C. Limitations in physical functioning among older people as a predictor of subsequent disability in instrumental activities of daily living. *Age Ageing* 2011; 40(4):463-9
- Siegrist J. Ageing societies - new priority for public health research? *Eur J Public Health.* 2005; 15(4): 335
- Shyu YI, Chen MC, Cheng HS, Deng HC, Liang J, Wu CC et al. Severity of depression risk predicts health outcomes and recovery following surgery for hip-fractured elders. *Osteoporos Int.* 2008; 19(11):1541-7
- Siu KC, Chou LS, Mayr U, Donkelaar Pv, Woollacott MH. Does inability to allocate attention contribute to balance constraints during gait in older adults? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2008; 63(12):1364-9
- Smith AL, Wang PC, Anger JT, Mangione CM, Trejo L, Rodríguez LV et al. Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older latinos. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58(6):1170-6
- Sousa J (Coord.). *Desafios do Movimento da Qualidade ao Sistema e às Organizações que Promovem a Empregabilidade e o Emprego das Pessoas com Deficiência.* Vila Nova de Gaia: CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2005
- Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública.* 2003; 37(3): 364-71
- Starrost K, Geyh S, Trautwein A, Grunow J, Ceballos-Baumann, A, Prosiegel, M, et al. Interrater reliability of the extended ICF Core Set for stroke applied by physiotherapists. *Phys Ther* 2008; 88: 841-51

- Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002; 82(11): 1098-107
- Stier-Jarmer M, Grill E, Müller M, Strobl R, Quittan M, Stucki G. Validation of the comprehensive ICF Core Set for patients in geriatric post-acute rehabilitation. *J Rehabil Med* 2011; 43(2):102-12
- Stessman J, Hammerman-Rozenberg R, Maaravi Y, Azoulai D, Cohen A. Strategies to enhance longevity and independent function: the Jerusalem Longitudinal Study. *Mech Ageing Dev* 2005; 126(2):327-31
- Stevens JA, Thomas K, Teh L, Greenspan AI. Unintentional fall injuries associated with walkers and canes in older adults treated in U.S. emergency departments. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(8): 1464-69
- Strobl R, Müller M, Emeny R, Peters A, Grill E. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults--results from the German KORA-Age study. *BMC Public Health.* 2013 Feb 14; 13:137
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Sep 11;9:CD000197. doi: 10.1002/14651858.CD000197.pub3
- Stucki G & Sangha O. Principles of rehabilitation. In: Klippel JH, Dieppe PA, eds. *Rheumatology*. 2nd ed. London, England: Mosby; 1998:11.1–11.14
- Stuckler D. Population causes and consequences of leading chronic diseases: a comparative analysis of prevailing explanations. *Millbank Q.* 2008; 86 (2): 273-26
- Stucky G, Cieza A, Ewert T, Kostanjsek N, Chatterji S, Ustün TB. Applications of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) in clinical practice. *Disabil Rehabil.* 2002; 24(5): 281-82
- Stucky G & Grimby G. Applying the ICF in Medicine. *J Rehabil Med.* 2004; 36(S44): 5-6
- Stucki G, Ustun TB, Melvin J. Applying the ICF for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disabil Rehabil.* 2005; 27(7/8): 349-52
- Stucki G & Cieza A. The International Classification of Functioning Disability and Health in physical and rehabilitation medicine. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008; 44(3): 299-302
- Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. Developing research capacity in human functioning and rehabilitation research from the comprehensive perspective based on the ICF-model. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2008; 44(3): 343-51
- Studenski S. Mobility. In Hazzard WR, Blass JP, Halter JB et al (Eds). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th Edition, New York: McGraw-Hill, 2003a); pp. 947-960
- Studenski S, Perera S, Wallace D, Chandler JM, Duncan PW, Rooney E et al. Physical performance measures in the clinical setting. *J Am Geriatr Soc.* 2003b); 51(3):314-22
- Studenski S, Perera S, Patel K. Gait Speed and Survival in Older Adults. *JAMA.* 2011; 305(1): 50-58

Sunderland A, Walker CM, Walker MF. Action errors and dressing disability after stroke: an ecological approach to neuropsychological assessment and intervention. *Neuropsychol Rehabil.* 2006; 16(6): 666-83

Swiss Paraplegic Research. Translating Interventions Into Real-life Gains – A Rehab Cycle Approach. Disponível em: <http://www.icf-casestudies.org/index.php?id=1>

Tak EC, van Hespen A, van Dommelen P, Hopman-Rock M. Does improved functional performance help to reduce urinary incontinence in institutionalized older women? A multicenter randomized clinical trial. *BMC Geriatr.* 2012 Sep 6;12:51

Tak E, Kuiper R, Chorus A, Hopman-Rock M. Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 2013; 12(1):329-38

Tang A, Sibley KM, Bayley MT, McIlroy WE, Brooks D. Do functional walk tests reflect cardiorespiratory fitness in sub-acute stroke? *J Neuroengineering Rehabil.* 2006; 29; 3:23

Tapia CI, Khalaf K, Berenson K, Globe D, Chancellor M, Carr LK. Health-related quality of life and economic impact of urinary incontinence due to detrusor overactivity associated with a neurologic condition: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2013 Jan 31;11:13

Tarazona-Santabalbina FJ, Belenguer-Varea A, Rovira-Daudi E, Salcedo-Mahiques E, Cuesta-Peredó D, Doménech-Pascual JR. Early interdisciplinary hospital intervention for elderly patients with hip fractures : functional outcome and mortality. *Clinics (Sao Paulo).* 2012; 67(6):547-56

Tas U, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Hofman A, Odding E, Pols HA, et al. Incidence and risk factors of disability in the elderly: the Rotterdam Study. *Prev Med.* 2007; 13:272-278

Teunissen TA, van den Bosch WJ, van den Hoogen HJ, Lagro-Janssen AL. Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004; 15(1):10-3

Thom DH, Brown JS, Schembri M, Ragins AI, Subak LL, Van Den Eeden SK. Incidence of and risk factors for change in urinary incontinence status in a prospective cohort of middle-aged and older women: the reproductive risk of incontinence study in Kaiser. *J Urol.* 2010; 184(4):1394-401

Thomas LH, Cross S, Barrett J, French B, Leathley M, Sutton CJ et al. Treatment of urinary incontinence after stroke in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23; (1):CD004462

Thomas-Stonell N, Oddson B, Robertson B, Rosenbaum P. Predicted and observed outcomes in preschool children following speech and language treatment: Parent and clinician perspectives. *J Commun Disord.* 2009; 42(1): 29-42

Thonnard J-L & Penta M. Functional assessment in physiotherapy. A literature review. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2007; 43(4): 525-41

Todd C & Skelton D. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? 2004; Copenhagen, WHO Regional Office for Europe

Tourlouki E, Polychronopoulos E, Zeimbekis A, Tsakountakis N, Bountziouka V, Lioliou E, et al. The 'secrets' of the long lived in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Eur J Public Health* 2010; 20(6):659-64

Triebel KL, Martin R, Griffith HR, et al. Declining financial capacity in mild cognitive impairment: A 1-year longitudinal study. *Neurology*. 2009; 73(12):928-34

Tseng SZ & Wang RH. Quality of Life and Related Factors among Elderly Nursing Home Residents in Southern Taiwan. *Public Health Nurs* 2001; 18(5): 304-11

Turner-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact. *Clin Rehabil* 2002; 16(3):231-47

Tuveson B, Leffler AS, Hansson P: Influence of heterotopic noxious conditioning stimulation on spontaneous pain and dynamic mechanical allodynia in central post-stroke pain patients. *Pain*. 2009; 143(1-2):84-91

Uhlig T, Lillemo S, Moe RH, Stamm T, Cieza A, Boonen A et al. Reliability of the ICF Core Set for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007; 66(8):1078-84

Unidade de Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2009. Disponível em linha: http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf

UMCCI. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 1º Semestre de 2012. Unidade de Missão da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Disponível em: www.rncci.min-saude.pt

United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011): World Population Prospects: The 2010 Revision. New York. Disponível em linha em: <http://www.esa.un.org/wpp/>

Ustun B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the Core Sets. *J Rehabil Med*. 2004; 36(S44): 7-8

Vahia IV, Depp CA, Palmer BW, Fellows I, Golshan S, Thompson W, et al. Correlates of Spirituality in Older Women. *Aging Ment Health* 2011; 15(1):97-102

Van de Ven L, Post M, Witte L, Heuvel W. It takes two to tango: the integration of people with disabilities into society. *Disabil Society*. 2005; 20(3): 311-32

van Tubergen A, Landewé R, Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, van der Heijde D, van der Tempel H et al. Assessment of disability with the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2003; 62(2): 140-45

Veerbeek JM, Kwakkel G, van Wegen EE, Ket JC, Heymans MW. Early prediction of outcome of activities of daily living after stroke: a systematic review. *Stroke*. 2011; 42(5):1482-8

- Vela C, Samson E, Zunzunegui MV, Haddad S, Aubin MJ, Freeman EE. Eye care utilization by older adults in low, middle, and high income countries. *BMC Ophthalmol.* 2012; 12: 5
- Verbrugge LM & Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med.* 1994; 38(1): 1-14
- Vermeulen J, Neyens JC, van Rossum E, Spreeuwenberg MD, de Witte LP. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2011; 13:33
- Viccaro LJ, Perera S, Studenski SA. Is timed up and go better than gait speed in predicting health, function, and falls in older adults? *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(5): 887-92
- Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord.* 2008; 106(1-2):29-44
- Vinsnes AG, Helbostad JL, Nyrønning S, Harkless GE, Granbo R, Seim A. Effect of physical training on urinary incontinence: a randomized parallel group trial in nursing homes. *Clin Interv Aging.* 2012;7:45-50
- Vintém JM. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Rev Port Sau Pub.* 2008; 26(2): 5-11
- Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, del Barrio JL, Almazan-Isla J, Bergareche A, Bermejo-Pareja F et al. Medical, environmental and personal factors of disability in the elderly in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning. *Gac Sanit.* 2011a); 25 (Suppl 2): 29-38
- Virués-Ortega J, de Pedro-Cuesta J, Seijo-Martínez M, Saz P, Sánchez-Sánchez F, Rojo-Pérez F et al. Prevalence of disability in a composite ≥ 75 year-old population in Spain: a screening survey based on the International Classification of Functioning. *BMC Public Health.* 2011b); 23(11): 176
- Visser M, Harris TB, Fox KM, Hawkes W, Hebel JR, Yahiro JY et al. Change in muscle mass and muscle strength after a hip fracture: relationship to mobility recovery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000; 55(8):M434-40
- Vochteloo AJ, Moerman S, Tuinebreijer WE, Maier AB, de Vries MR, Bloem RM et al. More than half of hip fracture patients do not regain mobility in the first postoperative year. *Geriatr Gerontol Int.* 2013; 13(2):334-41
- von Strauss E, Agüero-Torres H, Kareholt I, Winblad B, Fratiglioni L. Women are more disabled in basic activities of daily living than men only in very advanced ages: a study on disability, morbidity, and mortality from the Kungsholmen Project. *J Clin Epidemiol* 2003; 56(7):669-77
- Vriendt P, Lambert M, Mets T. Integrating the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in the Geriatric Minimum Data Set-25 (GMDS-25) for Interventions Studies in Older People. *J Nutr Health Aging* 2009; 13: 128-134
- Wade DT & Halligan P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clin Rehabil.* 2003; 17(4): 349-54

- Walker B Jr. The Future of Public Health: the Institute of Medicine's 1988 report. *J Public Health Policy*. 1989; 10(1): 19-31
- Walker C, Sunderland A, Sharma J, Walker MF. The impact of cognitive impairment on upper body dressing difficulties. A video analysis of patterns of recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004; 75(1):43-8
- Walker MF, Sunderland A, Fletcher-Smith J, Drummond A, Logan P, Edmans JA, et al. The DRESS trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke inpatients. *Clin Rehabil*. 2012; 26(8): 675-85
- Wallhagen MI, Strawbridge WJ, Shema SJ, Kurata J, Kaplan GA. Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49(8):1086-92
- Watson NL, Rosano C, Boudreau RM, Simonsick EM, Ferrucci L, Sutton-Tyrrell K, et al. Executive function, memory, and gait speed decline in well-functioning older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010; 65(10): 1093-100
- Weierich MR, Kensinger EA, Munnell AH, Sass SA, Dickerson BC, Wright CI et al. Older and wiser? An affective science perspective on age-related challenges in financial decision making. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2011; 6(2):195-206
- Weigl M, Cieza A, Andersen C, Kollerits B, Amann E, Stucki G. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *J Rehabil Med*. 2004; 36(S44): 12-21
- Weiss CO, Fried LP, Bandeen-Roche K. Exploring the hierarchy of mobility performance in high-functioning older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62(2): 167-73
- Welmer AK, Kåreholt I, Rydwick E, Angleman S, Wang HX. Education-related differences in physical performance after age 60: a cross-sectional study assessing variation by age, gender and occupation. *BMC Public Health* 2013; 13:641
- WHO. International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating the consequences of disease. Geneva: World Health Organization. 1980
- WHO. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization. 2001
- WHO Regional Office for Europe 2. Steps to health. A European Framework to Promote Physical Activity for Health, Copenhagen, 2007. Disponível em linha: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf [página consultada em 25/07/2012]
- WHO. Projections of Mortality and Burden of Disease, 2004-2030. 2008. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html
- WHO. Women and health: Today's evidence tomorrow agenda. 2009. Disponível em linha em: http://www.who.int/gender/women_health_report/en/ [página consultada em 20/08/2013]
- WHO. Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment schedule: WHOADAS 2.0. Geneva: World Health Organization. 2010; ISBN 978-92-4-154759-8

WHO. Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010. Disponível em linha em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf [página consultada em 18/06/2012]

WHO. Global Health and Aging. 2011. Disponível em linha em: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

WHO Regional Office for Europe 1. Policies and Priority Interventions for Healthy Ageing, 2012. Disponível em linha em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/161637/WHD-Policies-and-Priority-Interventions-for-Healthy-Ageing.pdf [página consultada em 18/04/2012]

Widera E, Steenpass V, Marson D, Sudore R. Finances in the older patient with cognitive impairment: "He didn't want me to take over". JAMA. 2011 Feb 16; 305(7):698-706

Wilkie R, Peat G, Thomas E, Croft P. Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. Qual Life Res. 2007; 16: 1147-56

Wister A & Wanless D. A health profile of communityliving nonagenarians in Canada. Can J Aging 2007; 26(1):1-18

Woo J. Nutritional strategies for successful aging. Med Clin North Am 2011; 95 (3):477-93

Wrisley DM & Kumar NA. Functional gait assessment: concurrent, discriminative, and predictive validity in community-dwelling older adults. Phys Ther. 2010; 90(5):761-73

Yanagawa Y, Yoshihara T, Kato H, Iba T, Tanaka H. Significance of urinary incontinence, age, and consciousness level on arrival among patients with stroke. J Emerg Trauma Shock. 2013; 6(2):83-6

Zaninotto P, Falaschetti E, Sacker A. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. Qual Life Res. 2009; 18(10):1301-9

Zelada MA, Salinas R, Baztán JJ. Reduction of functional deterioration during hospitalization in an acute geriatric unit. Arch Gerontol Geriatr. 2009; 48(1): 35-9

Zhang X, Kedar S, Lynn MJ, Newman NJ, Biousse V. Natural history of homonymous hemianopia. Neurology. 2006; 66:901-05

Zunzunegui MV, Núñez O, DurbanM, García de Yébenes MJ, Otero A. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor self-rated health: a 6-year follow-up study in Spain. Aging Clin Exp Res. 2006; 18(5): 352-8